Nr. 13. 28. marca 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Marjan FRANKE. Lwów.

Podstawy do zrozumienia etjologicznego znaczenia nieprawidłowej funkcji nerek i o jej badaniu w schorzeniach skórnych.

Według wykładu, wygłoszonego w dniu 18. lutego 1926. roku w lwowskiem Tow. dermatologów polskich.

Badania nad wyjaśnieniem pytania, o ile zaburzenie czynności wydzielniczej nerek gra rolę etjologiczną w rozwoju niektórych objawów lub nawet pewnych schorzeń skórnych, było naturalnem następstwem nowoczesnych zapatrywań, że większość tych schorzeń jest tylko zewnętrznym wyrazem procesu chorobowego, toczącego się w narządach wewnętrznych. Pewna konkurencja między nerkami, a skórą dotyczącą wydzielania ciał, powstających przy prawidłowej, a zwłaszcza przy nieprawidłowej przemianie materji, którą znano już od dawna, wskazywała na to, że związek między zmianami na skórze, a zaburzeniami w nerkach może nieraz być dość ścisły. Znaną było rzeczą, że w schorzeniach nerek, w których wydzielanie moczu, a tem samem i ciał moczowych, było upośledzone, pot chorych wykazywał wybitny zapach moczowy, a badanie jego potrafiło wykazać, że drogą potu organizm pozbywał się dużych ilości mocznika, którego nerki nie mogły wydalić. W ciężkich stanach mocznicowych mocznik w postaci krystalicznego osadu pokrywał niekiedy niektóre miejsca skóry. To nie mogło być obojętne dla prawidłowej funkcji skóry i stanu jej, a tem samem uprawniało do przyjęcia, że pewne objawy skórne, towarzyszące np. stanom mocznicowym, mogą być uważane jako następstwo zastępczego wydzielania skóry, bądźto jako wyraz reakcji jej na nieprawidłowy skład płynu tkankowego, wywołany zaburzeniem w wydzielaniu nerek. Poza temi klasycznemi spostrzeżeniami w dalszym ciągu i w innych etjologicznie niejasnych przypadkach schorzeń skórnych zaczęto podejrzywać lub nawet przyjmować jako pewnik istnienie zaburzeń funkcji nerek, ale nie tak krańcowo rozwiniętych jak w mocznicy lub wogóle w schorzeniach klasycznych, objętych nazwą choroby Brighta. Niewydolność, t. zw. blokada, nerek, jako czynnik etjologiczny w pewnych objawach skórnych, stała się pojęciem modnem, choć nie zawsze ściśle uzasadnionem. Ale nie da się zaprzeczyć, że stan niewydolności nerek nie musi być zawsze tak daleko posunięty, ażeby stać się źródłem pozanerkowych objawów nieprawidłowych, zwłaszcza, że dziś znamy stany częściowej jednostronnej niewydolności nerek, dotyczącej wydzielania tylko pewnych ciał moczowych, które mogą nie zdradzać się grubszemi cechami patolog., dającemi się wykazać przy codziennem badaniu moczu a, mimoto mogą być przyczyną zatrzymywania się pewnych ciał we krwi i w płynach tkankowych, t. j. t. zw. typowej retencji moczowej, a tem samem także objawów skórnych patologicznych. Te przypadki stanowią właśnie największą trudność w dociekaniach etjologicznych i najłatwiej mogą dać powód do pomyłek rozpoznawczych w tym kierunku. W tych przypadkach ścisłe badanie funkcjonalne nerek jest koniecznością etjologicznego rozpoznania. Podstawą w tych razach będzie nietylko stwierdzenie nieprawidłowego wydzielania nerek, jak przedewszystkiem wykazanie retencji pewnych ciał we krwi i w płynach organizmowych, bo ta może być przedewszystkiem lub jedynie przyczyną objawów skórnych.

Podnieść należy, że podręczne badanie samego moczu może nam dać wprawdzie wskazówki, że w nerkach toczy się jakiś proces patologiczny, ale na podstawie tego badania nie mamy jeszcze prawa twierdzić o istnieniu lub braku niewydolności wydzielniczej nerek, a tem samem o retencji, a zarazem o etjologji nerkowej danych objawów n. p. skórnych. Mimo nieraz dużej ilości białka i obecności patologicznych składników postaciowych w moczu nie możemy mówić o równoczesnem istnieniu zaburzeń nerek w kierunku wydzielania ciał moczowych. W stanach typowego białkomoczu wydolność nerek dla ciał moczowych może być bowiem dostateczna, tak samo jak znowu brak zmian w składzie moczu nie jest jeszcze dowodem sprawności nerek. O tem nie możemy zapomnieć, ażeby się uchronić od błędów w rozpoznaniu etjologicznem podejrzanej co do tła sprawy chorobowej. Tylko badanie funkcjonalne nerek, a nie objawy anatomo-kliniczne ze strony ich mogą rozstrzygnąć pytanie, czy sprawność nerek w danym przypadku jest prawidłowa lub czy istnieje retencja, czy też nie. Ten sposób badania będzie pierwszem naszem zadaniem przy etjologicznej analizie przypadków schorzeń skórnych podejrzanych o etjologię nerkową. Z tych względów przejdziemy w krótkości do omówienia wartości znanych nam metod badania funkcjonalnego nerek.

Najprostszą, chcę tylko orjentacyjną, próbą będzie dla nas próba t. zw. sucha i wodna, która wykaże, czy i w jakim stopniu nerki są zdolne do wydzielania wody, zbędnej dla życia tkanek i jak się zachowuje t .zw. zdolność koncentracyjna nerek w badanym przypadku. Na podstawie tych prób, w razie ich wyniku nieprawidłowego, będziemy wprawdzie mieli prawo mówić o istnieniu zaburzenia funkcji nerek, lecz tylko o zaburzeniu w wydzielaniu wody, a to może nie ma tak ważnego znaczenia etjologicznego w schorzeniach skórnych, zwłaszcza, jeżeli nie istnieje równocześnie retencja ciał moczowych. Na podobnych zasadach oparta jest także przeze mnie podana próba oznaczania wskaźnika dobowego wydzielania moczu. Na wynik tych prób, prócz stanu nerek, wpływają jednak wybitnie czynniki pozanerkowe, jak zdolność nasiąkania tkanek wodą, czynność zapasowa wątroby dla wody, a może i układ nerwowy wegetatywny, tak, że próby te dają wyniki orjentacyjne, a nigdy decydujące. Podobnie więcej orjentacyjne znaczenie mają próby barwikowe, dążące do wykazania, o ile nerki w danym przypadku są zdolne do prawidłowego wydzielania barwika, podanego doustnie, lub wstrzykniętego podskórnie lub wśródżylnie. Tu najbardziej polecania godną jest próba z fenolsulfoftaleiną. Na wynik tych prób mają znowu wybitny wpływ czynniki pozanerkowe (tkanki, pewne narządy i t. d.), które zamącają wartość całej próby. Wspomnę jeszcze o metodach podobnie zbudowanych, jak podanie jodku sodu lub potasu, chlorku sodu, mocznika, cukru mlecznego i t. d., i badanie szybkości, czasu i dostateczności wydzielania ich drogą moczu. W pewnych przypadkach schorzeń skórnych ten sposób badania mógłby mieć znaczenie, zwłaszcza tam, gdzie mamy do czynienia z typowemi toxydermjami. Wynik tych prób jednak jest w dużej części znowu zależny od czynników pozanerkowych, a więc od chłonności tkanek i narządów dla tych ciał, a nietylko od sprawności wydzielniczej nerek i z tem należy się liczyć przy ocenie ich wartości. Wadą wszystkich dotychczasowych prób jest również i to, że ograniczają się one tylko do badania samych nerek, a nie uwzględniają poszukiwań za cechami retencji, której musimy przyznać najważniejsze znaczenie w etjologji nerkowej chorób w ogólności, a schorzeń skórnych w szczególności. Z tych względów coraz bardziej zaczęto zwracać się ku próbom, które, prócz badania funkcjonalnego samych nerek, miały za zadanie przedewszystkiem dążyć do wykazania retencji, jako następstwa zaburzeń funkcji nerek i tym próbom zaczęto przyznawać decydujące znaczenie w analizie etjologicznej przypadków klinicznych. Zadaniem tych prób miało być wykazanie przeładowania organizmu ciałami moczowemi, niewydzielonemi drogą nerek i zatrzymanemi w organiźmie. Jasnem jest, że te metody musiały oprzeć się na chemicznej analizie krwi lub płynów tkankowych, ewentualnie na badaniu chemicznem narządów lub też na równoczesnej porównawczej analizie krwi i moczu pod względem ilości ciał moczowych. Zaburzenie prawidłowego stosunku między zawartością produktów przemiany materji w płynach tkankowych, a ilością ich, wydzielaną drogą moczu, mogło być miarą sprawności funkcji wydzielniczej nerek. Tą drogą też poszły dalsze badania nad tą sprawą i one pozwoliły nam uzyskać naukowe podstawy do etjologicznej analizy przypadków klinicznych.

Jedną z najstarszych metod w tym kierunku była kryjoskopja krwi, lub też krwi i moczu równocześnie, która jednak nie spełniła nadziei pod względem zadań w kierunku oceny sprawności nerek i wykazania retencji. Metoda sama jest dość żmudna i tem samem w ogóle mało nadaje się do badań podręcznych. Kryjoskopja wykazuje nam tylko w ogóle, że coś zaszło w stanie osmotycznym krwi, ale gdzie leży przyczyna zmiany tego nie można było wykazać, a zwłaszcza nie można było ściśle powiedzieć, że źródłem tych zaburzeń jest blokada nerek. Z tych względów kryjoskopja krwi (i moczu) znikła prędko z podręcznych sposobów badania etjologicznego przypadków klinicznych.

Z rozwojem chemji krwi, a zwłaszcza z chwilą wprowadzenia i rozpowszechnienia metod mikrochemicznych przy badaniu jej, rzucono się ogólnie do dokładnej analizy chemicznej krwi, chcąc tą drogą wykazać objawy retencji, pochodzenia nerkowego. w następstwie blokady nerek. Badania lat ostatnich, oparte na tych przesłankach, doprowadziły nas do wyników niezbitych,

które dopiero całą sprawę retencji pochodzenia nerkowego ujęły w prawidła naukowe. Dziś, gdy w przypadku, podejrzanym w zakresie dermatologji chcemy mówić o retencji pochodzenia nerkowego i twierdzić o istnieniu etjologicznego związku danego schorzenia skórnego z nieprawidłową funkcją nerek, możemy oprzeć się przedewszystkiem tylko na dokładnej analizie chemicznej krwi, ewentualnie płynów tkankowych lub narządów i bez niej nie mamy prawa przyjmować etjologji nerkowej spostrzeganych objawów.

Licząc się z faktem, że drogą nerek organizm pozbywa się w pierwszym rzędzie końcowych produktów przemiany materji białkowej, jasnem było, że z chwilą zaburzenia funkcji nerek, te ciała o charakterze ciał azotowych przedewszystkiem ulegną retencji w organiźmie. Poszukiwanie za ciałami azotowemi we krwi musiało więc być pierwszem dążeniem przy ocenie wydolności nerek i retencji nerkowej.

Wynikiem tych dedukcyj było ilościowe oznaczanie mocznika, a właściwie azotu mocznikowego (UN) lub t. zw. azotu pozabiałkowego (RN) we krwi lub też oznaczanie innych ciał wchodzących w skład azotu niebiałkowego, więc, prócz mocznika, obliczanie zawartości indykanu, kreatyny, kreatyniny, kwasu moczowego, amoniaku, połączeń aminowych i t. d.. Na podstawie wybitnego zwiększenia czy to całego azotu niebiałkowego (RN) t. zw. azocicy, czy to poszczególnych składników jego we krwi przyjmowano istnienie retencji ciał azotowych, wywołanej blokadą czynnościową nerek i istnienie azocicy łączono w etjologiczny związek z innemi objawami chorobowemi ogólnemi. W toku dalszych badań klinicznych zaczęły się jednak budzić pewne wątpliwości co do bezwzględnej wartości obliczania ciał azotowych we krwi dla oceny wydolności nerek. Stwierdzano bowiem nieraz brak ścisłej równoległości między cyfrą UN lub RN a stopniem wydolności nerek; wykazywano czasem brak wybitnego przyrostu RN mimo cech klinicznych, które wskazywały na zatrucie moczowe. Wobec tego niektórzy badacze francuscy zajęli się t. zw. *azot residuel*, azotem pozamocznikowym (NR), który oznacza liczbę azotu pozostałą po odjęciu mocznika od cyfry całego azotu niebiałkowego krwi. Obliczanie NR w klinice nie ma jednak znaczenia praktycznego wobec tego, że wybitny wzrost NR jest rzeczą bardzo rzadką i występuje tylko w bardzo daleko posuniętych, a w oczy wpadających zmianach nerkowych. Z ciał innych, wchodzących w skład RN, zasługuje na uwagę przedewszystkiem badanie indykanu we krwi. Wykazano bowiem zwiększenie jego w stanach niedomogi nerkowej i to często w czasie, w którym brak było jeszcze wyraźnego zwiększenia RN, i brak hiperindykanemji w przypadkach wzrostu RN na tle nienerkowym, co podnosiło wartość tego badania, dla oceny sprawności nerek. Do wykazania indykanu we krwi użyto próby mniej czułej Czertkowa i Haasa, która wypada dodatnio tylko w razie patologicznego zwiększenia indykanu we krwi, tak, że wynik jej dodatni wskazuje zawsze na patologiczną hyperindykanemję. Na podstawie licznych badań, hiperindykanemji przyznano ważne znaczenie przy ocenie funkcji wydzielniczej nerek. Naturalną rzeczą jest, że zawsze musimy wykluczyć zwiększenie indykanu we krwi pochodzenia nienerkowego, więc jelitowego lub wątrobowego, i to przez równoczesne badanie zawartości indykanu w moczu. Zwiększenie równoczesne indykanu w moczu pozwala nam szukać przyczyny hiperindykanemji w sprawie nienerkowej, bo wskazuje ono, że przyczyną jej jest nadprodukcja, a nie zatrzymanie indykanu.

Chociaż zwiększenie kwasu moczowego we krwi jest stałą cechą, towarzyszącą schorzeniom nerkowym z zaburzeniami ich wydolności, i stałym towarzyszem azocicy, a nawet często poprzedza ją w niedomodze nerkowej, mimoto w schorzeniach skórnych nie możemy opierać się na tem badaniu wobec tego, że hiperurikemja (zwiększenie kwasu moczowego we krwi) jest jednym z typowych objawów dny, która tak często może być przyczyną nieprawidłowych objawów skórnych; nie mamy jednak metod do odróżniania hiperurikemji dnawej od tejże pochodzenia nerkowego. Badanie zawartości kwasu moczowego we krwi, jako wyrazu niewydolności nerek, ma może wartość chyba tylko w tych razach, w których i inne dane wskazują na nieprawidłową funkcję nerek przy braku zaburzeń dnawych przemiany materji. Choć zwiększenie kreatyny i kreatyniny we krwi jest jednym z typowych objawów blokady nerkowej, mimoto rzadko będziemy się uciekać do tego sposobu badania wobec trudności technicznych przy oznaczaniu ich i możności zastąpienia tego sposobu badania przez obliczanie RN lub indykanu we krwi. Poszukiwanie za zawartością amoniaku i połączeń aminowych we krwi w celach oceny wydolności nerek w schorzeniach skórnych pomijamy wobec tego, że i metody są tu żmudne i przyczyna zwiększenia tych ciał we krwi może być wieloraka, nietylko nerkowa.

Duży postęp w kierunku badania nad retencją ciał azotowych we krwi w następstwie niewydolności nerek musiano przyznać jeszcze próbom, które uwzględniały nietylko samo badanie krwi, ale dążyły do porównania równoczesnej zawartości ich we krwi i w moczu. Te sposoby bowiem mogły dać najdokładniejsze pojęcie o stopniu zapory wydzielniczej w nerkach dla tych ciał. Na tych zasadach oparł Ambard swe badania, które doprowadziły go do obliczania t. zw. stałej mocznikowej (Ambarda). Nie mogąc wdawać się w szczegóły jego dedukcji podam tylko sam wzór, zbudowany przez niego, który służy do obliczania stałej mocznikowej, a który wygląda następująco:

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{\frac{D \times \sqrt{c}}{5}}} = \frac{Ur}{\sqrt{D\ 25}}$$

W tym wzorze Ur = zawartości mocznika w 1000 ccm. krwi, D=VC, a V=obliczonej 24. godz. ilości moczu, C=ilości mocznika w 1000 ccm. moczu. Na podstawie licznych badań u osobników z nerkami prawidłowemi obliczono, że prawidłowo K=0,07. Wybitne odchylenia od tej cyfry wskazują, jak doświadczenie poucza, na to, że w badanym przypadku wydolność nerek jest nieprawidłowa w kierunku wydzielania mocznika i że istnieją podstawy do przyjęcia retencji ciał moczowych pochodzenia białkowego.

Na podstawie krytycznej oceny wartości powyższych badań krwi, musimy zaznaczyć, że w analizie etjologicznej przypadków klinicznych także n. p. i schorzeń skórnych, o ile idzie nam o wykazanie ewentualnej etjologji nerkowej danych objawów, badanie w kierunku zachowania się ciał azotowych we krwi (poza białkiem) ma dla nas znaczenie decydujące. Wybitne zwiększenie azotu niebiałkowego (RN) ponad 0,100% (stan azocicy) lub odpowiednio wysoki wzrost mocznika we krwi jest dla nas doskonałym wskaźnikiem istnienia zaburzeń wydzielniczych nerek (blokady nerkowej) dla ciał pochodzenia białkowego. Nie wolno nam tylko zapomnieć o tem, że po spożyciu dużej ilości pokarmów obfitujących w ciała azotowe lub po podaniu mocznika lub jego połączeń, wreszcie przy szybkim rozpadzie tkanek w ostrych chorobach zakaźnych lub nawet tylko po znacznem zmniejszeniu ilości moczu w następstwie ciężkiej niedomogi krążenia może przyjść również, choć tylko do przejściowego, zwiększenia RN we krwi przy zupełnie sprawnych nerkach. Przy analizie etjologicznej podejrzanych przypadków skórnych musimy uwzględnić te stany, jeżeli chcemy przyjąć etjologję nerkową schorzenia. W tych samych granicach ma dla nas wartość etjologiczną stwierdzenie wybitnego wzrostu mocznika lub indykanu, ewentualnie kreatyny lub kreatyniny we krwi. Do praktycznie ważnych wyników prowadzi także obliczanie stałej mocznikowej Ambarda, choć cyfry jej nieprawidłowe nie dają pojęcia o stopniu zaburzenia, tak, jak to ma miejsce przy obliczaniach wartości RN, UN, lub indykanu we krwi.

Z ciał dalszych poza azotowemi, które przy niewydolności nerek mogły ulec zaburzeniu wydzielania drogą moczu i retencji w płynach organizmowych i w tkankach, należy jeszcze uwzględnić chlorek sodu, a właściwie chlorki w ogóle. Z badań klinicznych wiemy, że zaburzenia w wydzielaniu chlorków mocznem mogą stanowić jedną i jedyną cechę zaburzenia funkcji wydzielniczej nerek, częściowej blokady nerek, dotyczącej więc chlorków. Wykazanie zwiększenia chlorków we krwi, czy też w tkankach, przy zmniejszonem wydzielaniu ich drogą moczu, teoretycznie mogło by nam służyć jako wskaźnik tej postaci częściowej blokady nerkowej. Liczne badania wskazują jednak na to, że wydzielanie chlorków drogą moczu i poziom ich zwłaszcza w tkankach, jest prawdopodobnie przedewszystkiem zależny od życia samych tkanek, ich powinowactwa i chłonności dla chlorków, a nie tylko może od stanu nerek i ich zdolności wydzielniczej dla nich. W razie nieprawidłowego poziomu chlorków, w płynach tkankowych, tkankach lub moczu nie możemy więc mieć pewności, czy przyczyną tego zaburzenia są nerki czy też same tkanki. Tu mamy często prawo mówić nie o retencji pochodzenia nerkowego lecz o koincydencji nerek i tkanek, a nawet nieraz o czystej retencji tkankowej i o następowem niewydzielaniu chlorków z moczem. Stad n. p. w schorzeniach skórnych, w przebiegu których wykazalibyśmy zaburzenie w wydzielaniu i retencję chlorków, nie będziemy jeszcze uprawnieni do przyjęcia etjologji nerkowej spostrzeganych objawów klinicznych, mimo, że w tych razach wykazać będziemy mogli również i zaburzenia w wydzielaniu wody, bo to może być tak samo pochodzenia nienerkowego, więc tkankowego. Dopiero upośledzenie wydolności nerek i dla innych ciał w tych razach może dać podstawę do ujęcia obrazu chorobowego jako następstwo sprawy nerkowej.

Pole do nowych badań nad wskaźnikami niewydolności wydzielniczej nerek, i nad istotą ciał, mogących ulec retencji w organiźmie pod wpływem blokady nerkowej, dają spostrzeżenia Bechera. Autor ten, badając krew osobników z objawami mocznicowemi, wykazał w niej ciała aromatyczne, jak fenol i kwasy aromatyczne, których ilość wzrastała w miarę postępu niedomogi nerkowej, idąc z nią mniejwięcej równolegle. U ludzi z wydolną nerką badanie krwi nie wykazało natomiast obecności tych ciał, tak, że zjawienie się ich we krwi jest, zdaniem Bechera, typowym wskaźnikiem niewydolności nerek, (blokady). W myśl zapatrywań tego badacza ciała aromatyczne, spotykane w mocznicy, mają swe źródło powstania w przewodzie pokarmowym, są następstwem stałego, a prawidłowego gnicia jelitowego. Przy nerce zdrowej, wydolnej, ciała te zostają wydalane z organizmu drogą moczu, a przy nerce niewydolnej, nie wydzielając się na zewnątrz, ulegają powolnej retencji i osiągają wreszcie poziom, który może być powodem szeregu objawów chorobowych. Wtedy dadzą się one również wykazać we krwi prostemi próbami chemicznemi. Dla stwierdzenia przeładowania krwi ciałami aromatycznemi autor wykonuje próbę ksantoproteinową z krwią odbiałczoną. Wynik tej reakcji jest ujemny u osobników z nerką zdrową, a daje ona odczyn dodatni, t. j. zabarwienie przesączu żółte mniej lub więcej nasycone, gdy nerka jest niewydolna. Stopień odczynu możemy nawet dokładnie oznaczyć ilościowo zapomocą kolorymetru przy użyciu znanego nam, odpowiednio procentowego, rozczynu dwuchromianu potasu, jako płynu porównawczego. Wykazanie we krwi fenolów i kwasów aromatycznych próbą ksantoproteinową Bechera ma przytem znaczenie nietylko wskaźnika blokady nerek, ale także mogłoby służyć jako podstawa do przyjęcia możności istnienia zatrucia ciałami, które nie są obojętne dla prawidłowej czynności tkanek. Obraz mocznicy uważa autor np. jako następstwo zatrucia przedewszystkiem fenolem i może kwasami aromatycznemi, a opiera się na pewnem podobieństwie między przewlekłem zatruciem fenolem a obrazem klinicznym mocznicy. Czy obecność ciał aromatycznych we krwi może mieć wpływ na stan skóry i czy one mogą być przyczyną nieprawidłowych objawów skórnych, to sprawa, którą należałoby dopiero zbadań dokładnie. Nie jest wykluczone bowiem, że fenole i kwasy aromatyczne w tej ilości, w której je spotykamy we krwi w stanie mocznicowym, mogą dać podstawę do rozwoju nieprawidłowych objawów ze strony skóry. Tu mielibyśmy znowu dane do ścisłej analizy etjologicznej w kierunku nerkowym w pewnej grupie schorzeń skórnych, niejasnych co do pochodzenia.

W toku badań nad zachowaniem się krwi w schorzeniach nerkowych zwrócono dalej uwagę na stan kwasowości krwi i na znaczenie jego dla oceny przebiegu i rozwoju klinicznego tych schorzeń. Już dawniej przyjmowano istnienie kwasicy w stanie mocznicowym i łączono ją w związek przyczynowy z objawami mocznicy. Potem metodami ścisłemi stwierdzono, że kwasica jest jednym ze stałych objawów mocznicowych, idzie równolegle z ciężkością przebiegu przypadku, zwiększając się w miarę wzrostu blokady nerek, a tem samem i pogarszania się sprawy chorobowej. Kwasica więc coraz bardziej nabierała wartości wskaźnika wydolności nerek, który nie szedł w zupełności równolegle ze stopniem azocicy, co podnieść należy, a nawet nieraz odbiegał od niej zupełnie. Stan kwasicy krwi dawał nieraz nawet pewniejsze podstawy do ostatecznego rokowania w badanym przypadku niż cyfra RN. Badanie kliniczne tej sprawy jest przytem dziś bardzo ułatwione wobec możności zastosowania metod łatwo dostępnych, a naukowo ścisłych. Van Slyke użył tu metody oznaczania t. zw. zapasu zasad, która opiera się na wykazaniu ilości zasad we krwi. Zmniejszenie zapasu ich we krwi jest dowodem zwiększonej kwasowości krwi, a tem samem stanu kwasicy. Szukając źródła kwasicy w przebiegu chorób nerkowych musimy pamiętać o tem, że nerka w stanie zdrowym ma ważne zadanie utrzymania stałej fizjologicznej równowagi między kwasami, a zasadami w organiźmie, która jest koniecznym warunkiem dla prawidłowego życia tkanek. Nerka utrzymuje tę równowagę przez wydzielanie nadmiaru kwasów, a zatrzymanie pewnej ilości zasad, a jako narząd, w którym odbywa się synteza amoniaku, może również wprost zobojętniać nadmiar kwasów, krążących w ustroju. Zaburzenie wydolności nerek pod temi względami może dać powód do rozwoju kwasicy. Nie wykluczonem jest także, że retencja trujących ciał moczowych przy blokadzie nerek może stać się źródłem nieprawidłowej przemiany materji tkanek, przy której powstają ciała kwaśne pochodzenia endogenicznego, a które mogą przyczynić się do wzmożenia kwasicy. Dodać należy, że Becher przyczyny kwasicy mocznicowej szuka po części w retencji ciał aromatycznych pochodzenia jelitowego (patrz wyżej), nie wydzielonych w następstwie niewydolności nerek. Stąd kwasica bezpośrednio jak i pośrednio może być wyrazem nieprawidłowej czynności nerek i tem samem może nam służyć jako wskaźnik zaburzenia ich funkcji, ale dodajmy w przypadkach, w których da się wykluczyć kwasicę pochodzenia nienerkowego n. p. cukrzycowego. A, że kwasica nie jest obojętna dla życia tkanek, tego nas uczą doświadczenia kliniczne i badania doświadczalne u zwierząt. Sądząc z analogji nie pozbawionem uzasadnienia naukowego jest twierdzenie, że kwasica może także stanowić podstawę lub podłoże do rozwoju nieprawidłowych objawów skórnych. Pod tym względem musimy dopiero szukać za dowodami kliniczno-laboratoryjnemi.

Wspomnieć muszę jeszcze o spostrzeżeniach, które wykazują, że w schorzeniach nerek z zaburzeniami ich funkcji we krwi następuje przesunięcie cyfr normalnego poziomu wapna i potasu, i to obniżenie poziomu wapna, a podwyższenie poziomu potasu. Czy źródła tych zaburzeń należy szukać w nieprawidłowej czynności wydzielniczej nerek wprost, czy też w zaburzeniu w układzie koloidów tkanek, wywołanem tą samą przyczyną, która dała powód do zajęcia nerek, tego rozstrzygać nie możemy. O ile też stan nieprawidłowy pod tym względem może mieć wpływ na zachowanie się skóry, to jest sprawa czekająca dopiero na odpowiedź naukową.

Oto cały materjał, na którym możemy oprzeć analizę etjologiczną przypadków klinicznych tak w zakresie medycyny wewnętrznej jak i w dermatologji. Zaburzenie funkcji wydzielniczej nerek i z niem połączona retencja ciał normalnie wydzielanych moczem jak dobrze wiemy z obserwacyj klinicznych, może stać się źródłem całego szeregu objawów klinicznych, będących wyrazem oddziaływania tkanek i narządów na działanie trujące niewydzielonych ciał moczowych jak i na zmiany dalsze, zachodzące w płynach organizmowych w stanach niewydolności nerek. Zatrzymanie wody, soli, ciał azotowych, ewentualnie pewnych połączeń aromatycznych, zmiany w kwasowości i w stanie koloidalnym krwi, przesunięcie poziomu wapna i potasu, to wszystko może dać powód do reaktywnych zmian w tkankach i to w sposób dla każdej tkanki swoisty. Tak samo i skóra musi oddziaływać na te zmienione stosunki i to może ona oddziaływać na nie tylko w sposób swoisty rozmaitemi wykwitami dla rodzaju zatrucia niecharakterystycznemi, lecz w układzie i rozwoju nieraz typowemi, które w ten sposób mogą zwrócić uwagę na etjologję nerkową całego obrazu skóry. Wiemy o tem dobrze, że w przebiegu schorzenia nerek z zaburzeniem ich funkcji, jak n. p. w mocznicy, stwierdza się pewne zmiany na skórze, dobrze znane dermatologom, których etjologja nerkowa jest pewna. W pewnych typach schorzeń skórnych zjawiających się w przebiegu n. p. ciąży przyjmuje się również etjologję nerkową ich i to z wielkiem prawdopodobieństwem. Ale pozatem istnieje cały szereg przypadków zachorzenia skóry, w których klinicysta dąży do wykazania etjologji nerkowej i to ze względów nietylko teoretycznych ale i praktycznych z myślą o leczeniu ich na zasadach *cessante causa cessat efectus*. W tych przypadkach właśnie musimy pamiętać o wskaźnikach wydolności nerek wyżej omówionych, które mogą nas dopiero upewnić o etjologji nerkowej spostrzeganych objawów skórnych. Wykazanie retencji ciał azotowych we krwi (hiperazotemja, hiperindykanemja, nieprawidłowa stała Ambarda) dodatnia próba ksantoproteinowa z krwią odbiałczoną, kwasica pochodzenia ne kowego, zaburzenia w poziomie wapnia i potasu we krwi, wreszcie może retencja wody i chlorków, to wszystko da nam podstawę do przyjęcia etjologji nerkowej schorzenia skóry, a leczenie utwierdzi nas w tem zapatrywaniu. Metody przez nas podane w toku wykładu będą więc stanowić podstawę do analizy etjologicznej w kierunku rozpoznania tła nerkowego dla spraw nieraz zupełnie niejasnych i tą drogą musimy pójść w dalszych badaniach nad etjologją pewnych typów schorzeń skórnych, a podejrzanych o tło nerkowe. A może też badania kliniczne, oparte na przytoczonych metodach, pozwolą wśród wielu schorzeń skórnych wyłączyć pewną grupę, której wspólną przyczyną będzie etjologja nerkowa schorzenia. Wskazanie dróg badania w tym kierunku było celem naszego wykładu, a ten staraliśmy się osiągnąć, przytaczając najnowsze wyniki uzyskane metodami głównie pracownianemi.

Dr. Franciszek NARÓG, asystent kliniki. Lwów.

Doświadczalne i lecznicze zastosowanie pepsyny w chorobach ocznych.

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Zastosowanie pepsyny w chorobach ocznych na tutejszej klinice datuje się od 2 lat. Odnośne doświadczenia dzielą się na 3 części: Próbne doświadczenia z pepsyną: 1. W chorobach powiek na tle blizn*). 2. Przy łuszczce i bliznach rogówkowych. 3. Przy mętach w ciałku szklistem.

*) Odczyt wygłoszony na II. zjeździe okulistów polskich we Lwowie 1924. r.

Zastosowanie pepsyny jest prawie nieznane w literaturze okulistycznej. Po stosowaniu pepsyny przez rok, dowiedziałem się, że w chorobach ocznych podjął już jedną próbę z pepsyną w r. 1920 Blatt Nikolaus. Stosował on doświadczalnie 3% roztwory pepsyny w fizjologicznym rozczynie soli, które wstrzykiwał królikom w sztuczne blizny rogówkowe, u ludzi zaś w kilku przypadkach w same blizny rogówkowe. Blatt stwierdził u królików wyjaśnianie się blizn rogówkowych, u ludzi skutek był zmienny. W miejscu, w którem wbijał igłę, pozostawało zmętnienie na rogówce. Nadto stwierdzał bolesność oka po zastrzyknięciach bez żadnego ujemnego działania na oko. Autor zachęca do prób kontrolnych. Niezależnie od autora podjąłem próby z pepsyną w innych rozczynach i inną techniką. Roztwory bowiem pepsyny w fizjologicznym rozczynie soli nadawały się jako obojętne mniej do wstrzykiwań, gdyż pepsyna działa przeważnie w środowisku kwaśnem.

Zachętą do tych prób były prace chirurgów. W chirurgji zastosowanie pepsyny znane jest od dawna. W odmiennej postaci wprowadził je pierwszy Payr, a w ślad za nim badania posunęli naprzód Rostock, Schönbauer, Pitzen, Hedri i inni. Z chirurgów polskich Gruca. Zadaniem ich było uzyskać substancję rozmiękczającą i rozpuszczającą blizny i ochronić się przed zrostami otrzewnowemi po laparatomjach. Następnie zajęto się badaniem nad istotą t. zw. pepsyny. Jako preparatu używano pepsyny absolutnej Mercka o sile trawiennej 1:10,000 w płynie Pregla, Stersin 5 i 3 t. j. „*pepsinum sterelisatum*" firmy Kathe w Halle, równej wartością pepsynie Mercka. Doświadczenia autorów szły głównie w trzech kierunkach. Mianowicie doświadczenia chemiczne nad siłą trawienną pepsyny na białko, a głównie na fibrynę *in vitro*, zmiany we krwi pod wpływem zastrzyków u zwierząt i doświadczenia lecznicze u ludzi. Payr w swej pracy doszedł do bardzo zadawalających wyników, spostrzegając działanie pepsyny na 35 przypadkach. Uważa on działanie pepsyny za znakomite w porównaniu z niepewnem działaniem fibrolisyny, zwłaszcza odnośnie do blizn. Podobnie Gruca we wszystkich przypadkach blizn miał dobre wyniki. Do wstrzykiwań używał Payr koloidalnego roztworu pepsyny 1% w izotonicznym płynie Pregla. Gruca używał tej samej metody wstrzykiwań, tylko preparat Stersin 5 rozpuszczał w sol. jodicojodata P_5, który ma być identyczny z płynem Pregla.

Opierając się na pracach Payra i innych autorów, którzy w dziedzinie chirurgji podają dobre wyniki w rozpuszczaniu blizn przez pepsynę, spróbowałem wprowadzić:

1. Zastosowanie pepsyny przy schorzeniach bliznowatych powiek.

W ciągu roku stosowałem wstrzykiwania roztworów pepsyny w powieki podskórnie i podspojówkowo. Preparatu Sersin 5, „*pepsinum sterelisatum*" dostarczyła mi uprzejmie firma W. Kathe z Halle. Tę pepsynę wyjałowioną rozpuszczałem w rozczynie jodico-jodata P_5 „Laokoon". Ponieważ pepsyna w roztworach jest do użytku w 8—24 g. po sporządzeniu roztworu jako wyjałowiona, tylko na przeciąg 8 dni, sporządziłem dawki mniejsze, mianowicie 0.2 pepsyny na 20 cm³ sol. jodico-jodata P_5. Do tego rozczynu dodawałem 2—5 kropel kwasu mlekowego 3%, jako czynnika aktywującego fermenty, gdyż pepsyna oddziałowuje alkalicznie, a działa w środowisku kwaśnem. Sporządzałem również pepsynę 1:100 w rozczynie HCl 3:1000. Rozczyny sol. jodico-jodata miały barwę opalizującą, rozczyny w HCl wodną. Ażeby zmniejszyć bolesność, wstrzykiwałem czasem najpierw ½ gr. nowokainy z adrenaliną a następnie ½ gr. rozczynu. W ten sposób otrzymywałem ½% rozczyn pepsyny, który wstrzykiwałem w bliznę stopniowo, wprowadzając igłę od strony skóry lub spojówki powiekowej. Starałem się przytem, ażeby płyn był równomiernie rozmieszczony. Do worka spojówkowego wkraplałem przedtem kokainy 2%.

W schorzeniach bliznowatych powiek i przy jaglicy spojówek stosowałem pepsynę w 45 przypadkach ambulatoryjnie i w 10 przypadkach klinicznych. Z tych jeden przypadek należał do odwinięcia bliznowatego powieki *(ectropion)* na tle gruźlicy, 18 przypadków wywinięcia powieki i podwinięca rzęs *(ectropion et trichiasis)* na tle jaglicy, 3 przypadki starczego odwinięcia powiek, 3 przypadki kurczowego podwinięcia powiek *(entropion spasticum)*, reszta przypadków należała do jaglicy z tarczką bliznowatą, często zniekształconą i nacieklą i do jaglicy ziarnistej.

Dobry skutek spostrzegałem w przypadku, w którym po zimnych ropniakach symetrycznych, wychodzących z dolnego brzegu oczodołu zewnętrznego, przyszło do grubej blizny, zrośniętej z okostną, a następowo do wywinięcia powieki, (ectropion) niedomykalności powieki *(lagophtalmus)* i wrzodu wskutek niedomykalności powieki *(ulcus e lagophtalmo o. s.)*. Po 4. wstrzyknięciach w blizny w przeciągu 2 tygodni, blizny rozmiękły i rozluźniły się, tak że powieki się domykały, a wrzód się wygoił.

W przypadku (chory kliniczny) całkowitego obustronnego kurczowego wywinięcia powiek dolnych *(ectropion spasticum)* u 24 l. chłopca, trwającego przez 3 lata wskutek nieżytu spojówek z obrzękiem i ze skurczem powiek, zrobiono przed 2 laty operację Snellena. Przed ½ rokiem powieki się wywinęły znowu, tak że spojówka powiek była przekrwiona, obrzękła, silnie zaczerwieniona i zgrubiała. Na powierzchni wywiniętej była nierówna i ziarnista wskutek przerostu brodawek. W tym p zypadku po 2 wstrzyknięciach nastąpiła bardzo znaczna poprawa, a po 2 następnych powieki się domykały. Przypadek ten spostrzegałem w 2 miesiące później. Stan poprawy utrzymał się. Nie było tutaj wprawdzie blizn, a mimoto nastąpiła poprawa stosownie do twierdzenia Payra, że pepsyna trawi tkankę nerwową in vitro i uśmierza neuralgię po wstrzyknięciu w okolicę nerwów przez porażenie zakończeń nerwowych.

Powiedziałby ktoś, że jakikolwiek płyn wstrzyknięty, może wywołać poprawę. Próbę odpowiednią zrobiłem z nowokainą. Otóż po wstrzyknięciu nowokainy powstał obrzęk. Z chwilą, gdy obrzęk ustąpił, powieka wróciła do stanu pop.zedniego. Natomiast po pepsynie ze zejściem obrzęku była widoczna stała poprawa, gdyż ułożenie powieki wracało prawie do stanu prawidłowego.

Do dość zadowalających wyników należałoby wliczyć znaczną poprawę w kilku przypadkach wywinięcia powiek *(ectropion luxurians, sarcomatosum)* z przerostem. Te przypadki wywinięcia powiek, w których nastąpiła poprawa, należały do kurczowych lub niektóre do przerostowych, gdzie pepsyna działała w jednym przypadku porażająco na zakończenia nerwowe, w drugim rozluźniająco i rozpuszczająco na przerosłą tkankę.

W przypadkach podwinięcia rzęs tylko w połowie otrzymano zadawalające wyniki, w innych następowała częściowa poprawa, polegająca na zmiękczeniu i zcieńczeniu powiek. Rzęsy natomiast, rosnące w najrozmaitszych kierunkach, wskutek poprzedniego wyrywania, musiano niekiedy usunąć igiełką galwaniczną lub wykonać operację.

W kilkunastu przypadkach jaglicy zbliznowaciałej, z tarczką łódkowato wygiętą, zniekształconą i nacieklą, wstrzykiwałem pepsynę w okolicę tarczki i otrzymywałem dobre wyniki. Mianowicie tarczka miękła, rozluźniała się, znikały chropowatości, które stale drażniły gałkę, a chorzy nie mieli uczucia drażnienia ciałem obcem i po 2 miesiącach obserwacji przestali być chronicznymi pacjentami klinicznymi, w odróżnieniu od tych, którzy nie brali wstrzykiwań i z małemi przerwami stale wracali na klinikę.

Ograniczę się do przytoczenia hist. chor. akademika N. 199. 1924/25 na dowód rozpuszczania blizn i ścieńczenia powiek. Chory od 16 lat. Obie powieki odstające, spojówki zgrubiałe, zbliznowaciałe, pozaciągane, nacieklé, chropowato nierówne, tarczki zniekształcone, łudkowato wygięte, na oku lewem przybrzeżny naciek, zajmujący pół rogówki, rzęsy zwrócone do oka. Po 3 wstrzyknięciach pepsyny do obu powiek w przeciągu 20 dni leczenia powieki miękkie, blizny gładkie, wrzód oczyszcza się.

W kilku przypadkach jaglicy ziarnistej wstrzykiwania podspojówkowe i wkraplanie do worka spojówkowego roztworu pepsyny z kilku kroplami kwasu mlekowego nie dały żadnej lub bardzo nieznaczną poprawę. W tych przypadkach nie zauważyłem również po przyżeganiu spojówek rozczynem kwasu mlekowego lepszych wyników od wyników dotychczasowych po innych środkach. Skutecznem okazało się stosowanie podspojówkowe pepsyny w przypadkach jaglicy leczonej w chwili, gdy giną ziarenka, a tworzą się blizny, gdyż świeżo tworzące się blizny pod wpływem wstrzykiwań nikną i pozostawiają delikatne zmleczenia włókienkowe, słabo widoczne. Nadają się najlepiej do tego rodzaju leczenia przypadki w okresie tworzenia się zbliznowacenia, leczone za pomocą wycierania wacikiem sublimatowym. W jednym przypadku chłopiec z jaglicą ziarnistą, stwierdzoną klinicznie, po 3 miesiącach leczenia (8 wstrzyknięć podspojówkowych pepsyny) wyjechał do Ameryki północnej. Na granicy załamka były u niego po wyleczeniu prawie niedostrzegalne włókienka łącznotkankowe.

Żadnej poprawy nie zauważyłem w przypadkach starczego wywinięcia powiek, *(ectropion senile)*. W 2 przypadkach wywinięcia powiek z łuszczką i naciekami na rogówce poprawił się nie tylko stan powieki, ale również nastąpiło wyjaśnienie się rogówki, co skłoniło mię do stosowania wstrzykiwań podspojówkowych na gałce ocznej.

Zastosowanie pepsyny przy łuszczce i bliznach rogówkowych.

Bezsprzecznie do najlepszych wyników należą wyniki uzyskane przy łuszczce jagliczej i powierzchownych bliznach rogówkowych. Zanim przystąpiłem do stosowania pepsyny u ludzi na gałce ocznej podspojówkowo, próbowałem doświadczalnie ten sposób wstrzykiwań na psach. Wstrzyknięcia roztworów pepsyny ½% z nowokainą i adrenaliną znosił pies bezboleśnie. Nieznaczny obrzęk spojówki gałkowej z niedużem zaczerwienieniem ustępował w 5 g. po wstrzyknięciu.

Badanie jakie przeprowadziłem *in vitro* ze skrawkiem rogówki z wyjętej gałki, wykazało prawie całkowite strawienie po pewnym czasie.

Do bardzo dobrych wyników należy zaliczyć przypadek: Z. J. l. 21 w którym wystąpiły zmiany degeneracyjne na rogówkach, zajmujące $^3/_4$ rogówek. Chory leczył się przez 2 lata wszelkiemi możliwemi środkami w ambulatorjum miejscowo. Po naświetlaniu promieniami pozafjołkowemi nastąpiła bardzo nieznaczna poprawa. Rozp.: Jaglica bliznowata, łuszczka jaglicza, zwyrodnienie pasemkowate rogówek. Na oku prawem ciągło przez środek rogówki szaro-białe pasmo zwyrodnienia o wymiarach keratometrem Wesselyego: 7 mm. dług., 4 mm. szer., na oku lewem 5 mm. dług., 2 mm. szer. Rogówki były w całości unaczynione, mętne. V. p. Palce przed okiem. V. l. 20 cm. palce. Po 8 wstrzyknięciach rogówki znacznie się wyjaśniły i nabrały na obwodzie silnego połysku. Pasma zwyrodnienia zmniejszyły się o $^3/_4$. Vp. poprawił się na 5/30, V. l. na 5/20. Jednak z nawrotem jaglicy wystąpiło znowu pogorszenie na oku lewem, które wkrótce ustąpiło. Od roku utrzymuje się stała poprawa. Chory ma V. p. 5/15, V. l. 5/20, czyta Snellen D=1. Przy tak daleko posuniętem zwyrodnieniu rogówek, po wyczerpaniu wszystkich leczniczych środków w przeciągu 2 lat, następową poprawę z chwilą stosowania pepsyny, należy odnieść jedynie do tego środka.

Inny przypadek, dotyczy nauczycielki M. H. chorej od 2 lat, która nie chciała się zgodzić na zabieg operacyjny na lewem oku. Rozpoznanie: Zapalenie rogówki sklerotyczne. Macula corneae centralis o. s. V p. 5/20, V. l. $^1/_2$ m. palce; po naświetlaniu promieniami pozafiołkowemi nieznaczna poprawa. W przeciągu 20 dni zastosowano 5. wstrzyknięć pepsyny pod spojówkę gałki na oku lewem. Z grubej blizny rogówkowej l. o. została delikatna bliznka w środku rogówki. V. l. poprawił się z $^1/_2$ m palce na 5/20.

Trudno mi poszczególne przypadki opisywać. Uwidoczni je najlepiej przeglądowa tablica Nr. 1.

kiwania. Przy bliznach prawie nie zauważono poprawy po naświetlaniu, przy łuszczce nieznaczną, albo żadnej. Po wstrzykiwaniach roztworów pepsyny rogówki się oczyszczały i nabierały silnego blasku. Blizny stawały się przeświecające, czasem z odcieniem szaro-białym.

W przypadku Nr. 3., wktórym cała rogówka była naciekła i spłaszczona, a rokowanie było złe, ustąpił naciek po naświetlaniu i innych środkach i wytworzyła się gruba, gęsta blizna. Chory miał zaledwie poczucie światła stoczka na 6 m i dobrą lokalizację. Po jednem wstrzyknięciu pepsyny nastąpiło tak znaczne oczyszczenie się rogówki, że chory liczył palce.

Wtym i innych przypadkach zauważyłem, że najlepszy jest skutek po wstrzyknięciach w bliznach świeżych, przy oczyszczaniu się wrzodów, gdy ustąpi nastrzykanie. Nastrzykanie rzęskowe jest przeciwwskazaniem do stosowania pepsyny. Łuszczka poprawiała się we wszystkich przypadkach, czasem w zupełności.

3. Zastosowania pepsyny przy mętach w ciałku szklistem.

Doświadczenie w tym względzie jest oparte na małym materjale. Obejmuje ono zaledwie 5. chorych, jak uwidocznione na tablicy Nr. 2.

W pierwszym przypadku T. 2. były grube męty, które się przesuwały jakby płachty. Dno oka we mgle. Po wstrzykiwaniach pepsyny źrenica u chorego wkrótce się rozszerzyła, męty zorganizowane rozbiły się na drobne pływające kłaczki, dno oka stało się dobrze widoczne.

W innych przypadkach stosowano prócz wstrzykiwań jod wewnętrznie i wcierania rtęciowe. Dopiero, gdy nie było żadnej poprawy po 25. dniach, zastosowano wstrzykiwania pepsyny.

TABLICA Nr. I

Ł. p.	Rozpoznania	Bystrość w chwili przyjęcia	Bystrość końcowa	Ilość wstrzykn.	Czas leczenia	Uwagi
1	Gruba łuszczka jaglicza, naciek rogówkowy o. p.	Vp. Palce przed okiem	Vp 5/30	2	16 dni	Hist. chor. N. 49 1924/25
2	Łuszczka jaglicza, wywinięcie powiek o. p.	Ruchy i kierunek ruchów ręki	Vp 3/50 Poprawa wywinięcia pow.	4 w powiekę	46 dni	Hist. chor. 109 1924/25
3	Ropne nacieczenie rogówki (supuratio cornae)	Poczucie światła stoczka na 6 m. i lok. dobra	$^1/_2$ m. palce	1	63 dni	Hist. chor. 54 1924/25
4	Gruba łuszczka, początki zwyrodnienia rogów, podwinięcie rzęs o. o	Vp. 20 cm. palce V. l. palce przed okiem	Vp. 4 m. palce V l. 1 m. palce (poprawa podwin. pow.)	4 w powieki	29 dni	Hist. chor. kob. 73 1924/25
5	Zapalenie rogówki sklerotyczne, blizny centralne	Vp. 3 m. palce V. l 3 m. palce	Vp. 5/30 V. l. 5/10 Czytać nie umie	7	3 mies.	T. K. ambul.
6	Wywinięcie powieki dol. Wrzód rogówki o. p.	Poczucie światła stoczka na 6 m. i lok dobra	Vp. 1:5 m palce	3	4 mies	ambul.
7	Gruba łuszczka jaglicza	Poczucie światła stoczka na 6 m. i lok dobra	V. l. 2 m. palce	2	2 mies.	ambul
8	"	"	"	2	1 mies	"
9	Łuszczka jaglicza Zwyrodnienie rog.	Vp. Palce przed okiem V. l. 20 cm. palce	Vp. 5/15 V. l. 5/20	12	1 rok	"
10	Zapalenie rog. sklerotyczne	Vp. 5/20 V. l. 1/2 palce	Vp. 5/15 V l. 5/20	5	20 dni	"
11	Wywinięcie powiek, macula po wrzodzie	Poczucie światła słabego lusterkiem i lokalizacja dobra	$1^1/_2$ m. palce	4	3 mies.	"

Z tablicy Nr. 1. można zauważyć poprawę z polepszenia się bystrości wzroku, podanego z jak najściślejszą dokładnościa. Zestawiłem tu niektóre przypadki, które miały notowaną bystrość wzroku. Inne, które nie podlegały stałemu przeglądowi i nie miały notowanej bystrości końcowej wzroku wskutek odejścia po poprawie, pomijam w zupełności. Takich było kilkanaście. Większość przypadków była leczona przytem miejscowo zwykłemi środkami. W niektórych stosowano najpierw promienie pozafiołkowe. W razie braku polepszenia notowano bystrość i zaczęto wstrzy-

W przypadku Nr. 2. (Haemorrhagia juvenilis), w którym dno oka wcale nie przeświecało, na drugi dzień po pierwszem wstrzyknięciu pepsyny liczył chory palce.

Podobnie było w przypadku Nr. 4., w którym dno oka wcale nie przeświecało.

W przypadku Nr. 5., zaniku okrężnego naczyniówki, można było z góry przypuszczać, że chory będzie widział coraz gorzej.

O ile w pierwszym przypadku śmiało można odnieść poprawę do zastosowanych wstrzykiwań pepsyny, to w innych wobec

TABLICA Nr II.

L p.	Rozpoznanie	Bystrość wzroku początkowa	Bystrość końcowa	Czas leczenia	Ilość wstrzkn.	Uwagi
1	Zapalenie tęczówki po przebiciu szydlem przed 6. tygodniami Męty w ciałku szklistem o. p.	Vp 5 50 Czytać nie umie	Vp. 5 6 (2)	51 dni	6	Hist. chor. 101 1924/25
2	Zaciemnienie w ciałku szklistem, krwotok do ciałka szklistego o l (Haemorrhagia juvenilis)	V. l. Poczucie światła słabego lusterkiem i lokalizacja dobra	V. l. 20 cm. palce	45 dni	6	Hist. chor. 159 1924/25
3	Rozsiane zapalenie siatkówki i naczyniówki o. o. (etjologia nieznana)	Vp. 1 2 m. palce V. l. 30 cm. palce	Vp. 2 m palce V. l. 1 m. palce	36 dni	4	Hist. chor. 158 1924 25
4	Zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki o. l. Zaciemnienie ciałka szklistego o. p. (etjologia nieznana)	Vp Poczucie światła słabego lusterkiem i lokalizacja dobra V. l. $1/2$ m. palce	Vp. 1 m palce V. l. 3 m. palce	44 dni	4	Hist. chor 157 1924/25
5	Zanik okrężny naczyniówki	Vp Poczucie światła stoczka i lokalizacja dobra V. l. 2 m. palce	V l. Liczy palce przed okiem z boku V. l. 1 m. palce	71 dni	4 (oko prawe)	Hist. chor. 145 1924/25

leczenia jodem i rtęcią jest trudne rozstrzygnięcie. W tych przypadkach przez 25. dni stosowano leczenie ogólne bez poprawy, dopiero po wstrzykiwaniach nastąpiła nieznaczna poprawa. Wassermann był we wszystkich przypadkach ujemny. Ma się wrażenie, że i w tych przypadkach częściową poprawę możnaby odnieść do pepsyny, gdyż w podobnych przypadkach po jodzie i rtęci często nie zauważyło się żadnej poprawy. Wszystkie przypadki należały do bardzo ciężkich. W tego rodzaju przypadkach podjęte wstrzykiwania fibrolysiny dały w większości przypadków wyniki niepewne, wobec niektórych pomyślnych. Z pomyślnych uderzającym jest przypadek Ollendorfa, dotyczący przewlekłego zapalenia gruźliczego, w którem przyszło do resorbcji błon w ciałku szklistem pod wpływem wstrzykiwań fibrolysiny pod spojówkę gałki, w dawkach po 0,3—0,5 gr. Większość jednak autorów porobiła mniej pomyślne spostrzeżenia i fibrolysinę zaprzestano prawie stosować. Czy możnaby pepsynę wprowadzać wprost do ciałka szklistego, okazałyby dopiero próby na zwierzętach.

Wracając do techniki wstrzykiwań należy podkreślić bolesność wstrzykiwań, trwającą za pierwszym razem do 6. godzin; obrzęk i rozpulchnienie spojówki utrzymywały się do 24. g., w 3. przypadkach do 48. g. Bolesność była znacznie większa niż przy wstrzykiwaniach wśródmięśniowych ciał białkowych i szczepionek, które stosowaliśmy w przeszło 250. przypadkach. Następne wstrzykiwania były mniej bolesne. Obrzęk ustępował po 12. g., ból po 4. g. Wstrzykiwania powtarzano co 3. lub co 6. dzień, z chwilą ustąpienia obrzęku. Jak z jednej strony wskutek bolesności zastrzyków bronili się niektórzy chorzy przed wstrzykiwaniami, tak z drugiej inni z chwilą podmiotowego uczucia poprawy prosili o nie. W ostatnich czasach zacząłem stosowanie roztworów pepsyny w małych dawkach, zaczynając od 2. mm^3 i następnie dawkę zwiększając. Co okazało się mniej bolesne i chorzy znosili zastrzyki dobrze. W razie silniejszego bolu robił sobie chory zimne okłady. Nieznaczna poprawa była widoczna już po pierwszem wstrzyknięciu. Kontrola porównawcza jednej powieki i drugiej była trudniejsza, gdyż wstrzyknięcie w jedną powiekę wywoływało nieznaczny obrzęk drugiej powieki. O tem wspomina Payr i Gruca, z których ostatni po wstrzyknięciu w bliznę na jednym policzku, spostrzegał zmiany na drugim policzku.

To naprowadziło na wniosek, że pepsyna działa nietylko miejscowo, ale także ogólnie. Miejscowo działa w bliźnie na tkankę, rozpuszczając kollagen pod wpływem aktywujących kwasów, które w miejscu blizny znajdują się w większej ilości wskutek upośledzenia krążenia. Spotykamy w tych miejscach kwas węglowy, mlekowy, oksalowy, masłowy i fosforowy. Tkanki kollcidowe przechodzą pod wpływem roztworu pepsyny w stan lekko rozluźniony, przez co jest umożliwione działanie resorbcyjne. Obumarły materjał komórkowy zostaje usunięty, kollagen rozłożony i przerobiony w tworzącej się świeżo tkance. Jod prawdopodobnie popiera działanie resorbcyjne w tkankach i działa odkażająco. Działania ujemnego lub zapalnego na tkankę żywą nie zauważono. Wstrzyknięta adrenalina z novokainą wywołuje anemię naczyń sąsiednich, tak, że pepsyna utrzymuje się dłuższy czas wśród tkanki bliznowatej, słabo unaczynionej, nie mogąc szybko przedostać się do krwi obiegu, jak to ma miejsce w tkance zdrowej prawidłowo unaczynionej. Działanie na rogówkę i ciałko szkliste przy wstrzyknięciach pod spojówkę gałki należy sobie tłumaczyć przenikaniem pepsyny z limfą do rogówki i ciałka szklistego przy silnym obrzęku spojówki i osłonki Tenona.

Działanie ogólne pepsyny występuje wskutek przenikania jej do krwi-obiegu. Działanie pepsyny zostaje z czasem zmniejszone. Czy zahamowanie polega na t. zw. antypepsynie, jak to podaje Danilewski, Weinland, Szwarz, Gruca, nie wiadomo.

Według nich ma znajdować się antypepsyna jako antyferment w znacznej i to stałej ilości we krwi i może wiązać pepsynę. Sądzę jednak, że słabsze działanie późniejsze pepsyny może polegać na mniejszym wstrząsie i zaburzeniu w równowadze komórek ustroju, który ma już swój aparat obronny nastawiony na to ciało obce, czyto we wzmożonej leukocytozie, czyteż zwiększonej zasadowości krwi. Słabsze bowiem oddziaływanie ustroju na późniejsze wstrzyknięcia spostrzegamy tak samo po proteinach jak również po szczepionkach. W międzyczasie po oddaniu rękopisu wyszły prace Hilarowicza i Mozołowskiego, którzy tłumaczą hamujące działanie surowicy krwi nie istnieniem swoistego ciała antypepsyny, ale zmianą jonów wodorowych w surowicy krwi. Wstrzyknięcie roztworów pepsyny wśródmięśniowo może wywołać stan podgorączkowy, a dożylnie wstrząs.

Roztwory pepsyny z kw. solnym działają silniej i wywołują silniejsze bole, niż roztwory jodowe, gdyż pepsyna w roztworze jodowym jak i jod traci bardzo znacznie na sile bakterjobójczej i na sile trawiennej in vitro wskutek ścisłego połączenia jodu z białkiem fermentu. Roztwór 1% pepsyny W. Kathe w P_5 zabija gronkowce po 45. minutach, sublimatu 1:1000. po 30. minutach. (Laskownicki). Dzięki znacznej sile bakterjobójczej używał Hedri roztworów pepsyny do przemywania ran.

Ze wszystkich preparatów pepsyny największą wartość trawienną według Rostocka ma Stersin 5., którą on oznacza przez 100, Stersin 3. przez 90, Pepsin abs. Payr 82., pepsin in lamellis 28. Ponieważ wszystkie preparaty mają rozmaitą siłę trawienną, jak to przytacza Rostock, należy je przedtem próbować. Najlepiej trawią jak miałem sposobność się przekonać roztwory pepsyny dochodzące do $1/2$% w $1/2$% HCl. 20 cm^3 takiego roztworu lub soku żołądkowego rozpuszcza w 10—20 minutach 6 g. albuminów jaja. Działanie pepsyny słabnie w miarę gromadzenia się produktów trawienia. Roztwór stojący dłużej psuje się i nie trawi.

Istota działania pepsyny podobnie jak protein nie jest jeszcze wyświetlona. Pepsyna działa jako ferment na drodze chemicznej. Pepsyna nieczynna, wydzielona przez gruczoły żołądka jako proferment lub zymogen t. zw. pepsinogen lub propepsyna działa tylko uczynniona przez kwas. t. zw. aktywator. Nauka o fermentach stanowi dziś poważny dział wiedzy w zakresie chemji. W ostatniej dobie zrobiła znaczny krok naprzód. Według badań pepsynazy działają tylko w kwaśnej reakcji. Działają na proteiny i rozkładają połączenia białkowe na polipeptyd. Łańcuchy polipeptydów są zdolne do tworzenia tkanki w ustroju żywym. Strawienie częściowe rogówki in vitro, a oczyszczanie się rogówkowych blizn w ustroju żywym należy sobie zatem

tłumaczyć wytwarzającemi się związkami i połączeniami w zakresie materji komórkowej, które nie pozwalają na strawienie tkanki dobrze ukrwionej. Następuje bowiem żywsza przemiana materji wskutek dużego przekrwienia i obrzęku. Martwy materjał komórkowy jak kollagen zostaje usunięty, kwasy nieczynne w bliźnie zobojętnione. Przy dużem rozpulchnieniu i przesiąknięciu tkanki limfą następuje przebudowa tkanki. Spostrzegamy z jednej strony przekrwienie (Bier), z drugiej strony rozpuszczanie zbitej blizny. Pepsynie właśnie przypada rola i zdolność wnikania w gęstą i zbitą bliznę. Inny płyn wstrzyknięty w okolicę blizny wywołuje rozpulchnienie tkanki w okolicy blizny, podczas, gdy zbita blizna nie przesiąka płynem. Tymczasem pepsyna, wstrzyknięta w okolicę blizny posiada swoistą zdolność wnikania i rozpulchnienia oraz rozmiękczenia grubej i zbitej blizny.

Z dotychczasowego stosowania pepsyny wnioskuję, że w pepsynie zyskuje się pomocniczy środek leczniczy w jagliczych schorzeniach bliznowatych powiek w stanie nacieczenia, ze zniekształceniem tarczki, przy bliznach spojówkowych i powiekowych i w niektórych przypadkach podwinięcia i wywinięcia powiek. Pepsyna jako środek pomocniczy przewyższa wszystkie inne w leczeniu łuszczki jagliczej i blizn rogówkowych swem szybkiem działaniem, dając w tych schorzeniach najlepsze wyniki. O jej działaniu przy mętach w ciałku szklistem narazie nie można nic pewnego powiedzieć. Sądząc z dotychczasowych wyników należałoby jej przyznać znaczny wpływ na resorbcję mętów w ciałku szklistem. Nie ma wpływu na jaglicę ziarnistą ani w postaci zastrzyków ani w postaci wkraplań. Powyższe dane są jak najbardziej objektywne po przeżyciu w okresie 2 lat zachwytów i rozczarowań.

Uzyskane wyniki są bardzo zachęcające do stosowania roztworów pepsyny zwłaszcza przy grubej łuszczce jagliczej. Stosowane dawniej w tem schorzeniu jequirity odbiły się głośnem echem w piśmiennictwie okulistycznem. Później zarzucono je, gdyż okazały się bezskuteczne i próbowano nawet takiego środka jak zaszczepienie wydzieliny rzeżączkowej do worka spojówkowego chorym na grubą łuszczkę jagliczą. Sposób ten nie okazał się pomocnym choremu, a otoczenie narażał na zakażenie. W wielu przypadkach wobec grubej łuszczki jagliczej ze zmianami wstecznemi było się bezradnym. W pepsynie dopiero zdobywa się nowy środek w lecznictwie grubej łuszczki jagliczej, jak mi bowiem wiadomo z przeglądu piśmiennictwa ocznego, dotychczas prób tych nie podjęto. Nasze próby zatem byłyby pierwszemi. Dały one w kilkunastu przypadkach grubej łuszczki jagliczej, w których stosowano pepsynę, wyniki pomyślne. Wszyscy chorzy na grubą łuszczkę jagliczą, którzy mieli zaledwie poczucie światła, uzyskali znaczną bystrość wzroku.

Piśmiennictwo:

Payr. Zentr. f. Chir. 1922. N. 1. Str. 1—13. — Payr. 1924. N. 21. — P. Pitzen. Nr. 8. — A. Hedri. N. 11 a. — Rostock. Zeitschr. f. g. ex Med. 1924. B. 39. — Gruca. Pol. przeg. chir. 1924. T. 3. Z. 1. — Gruca i Jankowska. Pol. przeg. chir. 1924. T. 3. Z. 3. — Ollendorf. Zeitschr. f. A. 1910. B. 24. Klin. ther. Woch. N. 45. — Oppenheimer: Die Fermente. Z. 1—6. — Blatt. N. Zentralbl. f. d. g. Opht. 1922. B. 7. Str. 496. — Mozołowski i Hilarowicz. Biochem. Zeitschr. B. 164. H. 4/6. — Hilarowicz i Mozołowski Zentr. f. Chir. 1925. N. 43. — Naróg. Pol. Gaz. lek. N. 49. 1924. — Naróg. Klin. oczna 1924. Z. 2.

Z PRAKTYKI.

Dr. ŻURAKOWSKI. Warszawa.

W sprawie leczenie przetworami radu.

Przez laboratorjum przetworów radjoaktywnych pod firmą „Rad" w Krakowie rozsyłana była w roku ubiegłym do przedstawicieli świata leka skiego, a sądzę, że i do wielu osób z szerzej publiczności, broszurka pod tytułem „Klasyfikacja i wartość różnych metod używanych przy stosowaniu wewnętrznem emanacji radu i soli radowych".

Ponieważ broszurka ta zawiera w swej treści wiele niedokładności, które mogłyby wprowadzić w błąd czytającą i nie obeznaną z istotą radolecznictwa publiczność, a nawet wielu lekarzy niespecjalistów, — z drugiej strony, ponieważ broszurka owa zanadto jednostronnie zachwala produkowany przez rzeczone laboratorjum lek, na niekorzyść i z krzywdą istotną innych analogicznych metod leczniczych, np. zapomocą emanacji radu, pozwalam sobie zabrać głos w tej sprawie.

Chodzi tu o leczenie wewnętrzne pewnego szeregu chorób, jak artretyzm, reumatyzm, niektóre choroby przemiany materji, newralgie, niedokrwistość, osłabienie ogólne i uwiąd starczy za pomocą ciał promieniotwórczych, wykrytych przez naszą rodaczkę, Skłodowską-Curie, Rutherforda i innych uczonych; do ciał takich należą sole radu, emanacja radu, mesotor, emanacja toru, tor X i inne, nad któremi liczni badacze francuscy,, angielscy i amerykańscy prowadzili ścisłe badania doświadczalne i kliniczne i dochodzili do wniosku, że, istotnie, niektóre ciała promieniotwórcze, w pewnem rozcieńczeniu wprowadzone do ustroju zwierzęcego lub ludzkiego, wywierają wpływ nader korzystny na komórki ustrojowe, aczkolwiek, z drugiej strony, stosowane nieumiejętnie lub w dawce nadmiernej, mogą podobnie jak wszelkie leki o działaniu silnem np. alkaloidy (morfina, strychnina, i inne), przynieść i krzywdę.

Przytem, jedni badacze stosowali w swych doświadczeniach tor X, drudzy polon, inni emanację radu, jeszcze inni sole radu i t. d., a w ostatecznych swych wnioskach uczeni nie są całkowicie zgodni, bo gdy jedni są zwolennikami leczenia, naprzykład, roztworami soli radowych, to inni są bezwzględnie za leczeniem emanacją radu.

Laboratorjum p. f. Rad w Krakowie uważało za stosowne, przy rozsyłaniu reklamy o swych przetworach radjoaktywnych, załączyć tłumaczenie z artykułu dwóch amerykanów, Camerona i Viola, z Pittsburga, wychwalających metodę amerykańską leczenia dużemi dawkami roztworów soli radowych; tą drogą chce iść również i krakowskie laboratorjum, twierdząc stanowczo, że ta metodyka ma wyższość, ponad innemi, a zwłaszcza ponad leczeniem emanacją radu.

Pomijam rozmaite błędy w tej broszurce, jak naprzykład, że emanacja jest mało rozpuszczalna w wodzie, gdy w rzeczywistości jest to gaz, wielokrotnie przewyższający w swej rozpuszczalności tlen i wodór; lub błędne powiedzenie, że emanacja została zarzucona, jako metoda niepewna, na rzecz roztworów soli radu, gdy w rzeczywistości wielu badaczy w najnowszych pracach poleca właśnie leczenie emanacją; albo, że jedyne przeciwwskazanie do użycia soli radowych — to niskie ciśnienie krwi, gdy, w rzeczywistości, jest tych przeciwwskazań więcej, — i tym podobne błędy.

Dla zilustrowania jednostronych i częstokroć mylnych zapatrywań, zawartych we wzmiankowanej broszurce, przytoczę tylko głosy dwóch pisarzy, zajmujących się lecznictwem radowem. Doktor Wachtel, autor pracy wydanej wspólnie z prof. Zakrzewskim pod tytułem o leczeniu promieniami radjum, pisze: „doświadczenie kliniczne wykazało, że nasycając wodę emanacją radową, otrzymaną z radu wyosobnionego, uzyskuje się środek leczniczy o działaniu niemniej skutecznem, niż naturalne wody radjoaktywne: okazało się nawet, że przez dowolnie silniejsze skoncentrowanie emanacji radowej w wodach skutecznie radjoaktywowanych można działanie terapeutyczne spotęgować; klinicznie stwierdzono znaczną skuteczność emanacji radowej w szeregu chorób i jako środka ogólnie wzmacniającego, który jest szczególnie rozpowszechniony w Ameryce".

A oto, co pisze Lacassaque, znany badacz francuski, w ostatniej swej pracy z roku bieżącego, drukowanej w *Paris medical*: „szczególnie nadaja się do użytku wewnętrznego te ciała z rodziny promieniotwórczych, których życie, t. j. okres połowicznego zaniku jest krótki: drugi wzgląd praktyczny gra również rolę w wyborze pewnych substancyj radjoaktywnych, a mianowicie, cena ich: stad do użytku wewnętrznego nadają się tylko niektóre ciała radjoaktywne, mianowicie emanacja radu, mesetor i inne. Emanacja radu przenika szybko do krwiobiegu, krąży tam 4—5 godzin, poczem zostaje wydalona przez płuca; ciała natomiast radjoaktywne solidne, jak np. sole radu zostają częściowo zatrzymane w komórkach ustroju na dłuższy przeciąg czasu, tam wydzielają z siebie promienie alfa i ulegaja rozpadowi t .j. przeistoczeniu w inne ciała promieniotwórcze. Działanie soli radu, przyjmowanych do wewnątrz, wywołuje różnego stopnia zmiany i zaburzenia w komórkach, i dlatego istnieje cały szereg przeciwwskazań do tej terapji. Leczenie wodami nasyconemi sztucznie emanacją jest tylko naśladownictwem natury, podczas gdy odnośnie do wódroztworów soli radowych jesteśmy dotychczas w zupełnej ignorancji, jaki jest efekt bjologiczny promieni alfa (wydzielanych przez rad) na istotę komórek tkankowych". Tyle Lacassaque.

Jeśli do powyższego dodam, że leczenie emanacją radu jest nierównie tańsze, niż leczenie roztworami soli radowych, które, nawiasem mówiąc, są u nas bardzo drogie: z drugiej zaś strony, że picie wód nasyconych emanacją jest kuracją niezwykle łagodną, podczas gdy stosowanie soli radowych musi być prowadzone pod ścisłą kontrolą obeznanych z tą metodą lekarzy, — to przyznać musimy, że autor broszurki, wydanej nakładem laboratorjum krak., obszedł się zbyt lekceważąco z pracami i opinją wielu uczonych majacych odmienne przekonania, niż panowie Cameron i Viol z Pittsburga.

Jeśli nie można odmówić wartości, w pewnych przypadkach, leczeniu zapomocą roztworów soli radowych, to, z drugiej strony nie można nie doceniać wysokiej wartości leczniczej innych ciał radjoaktywnych, uznanej przez wiele powag, a w pierwszym rzędzie emanacji radowej.

Dr. A. KUMMANT. Łódź

Przypadek zapalnego guza kiszki grubej (ślepej i wstępnicy) *(Appendicitis resp. typhlitis, colitis et pericolitis fibroplastica)* *).

Z oddziału Chirurgicznego Szpitala Ewangielickiego w Łodzi.
Ordynator: Dr. Kummant.

Chora P. G., 38 lat licząca o wątłej budowie ciała i nieco upośledzonym stanie odżywienia, 3 lata temu przechodziła jakoby kamicę żółciową z gorączką do 38—39°. Leżała wówczas 2 miesiące. Wkrótce potem zaczęły się nowe dolegliwości, bole w prawym śródbrzuszu ze wzdęciami i zaparciem stolca. Od 2 lat już chora sama wyczuwa w miejscu bolu twardy guz, który stopniowo powiększał się i sprawiał coraz większe dolegliwości. Bole stopniowo zwiększały się i występowały w postaci ataków, kilkakrotnie miała wymioty i wzdęcia brzucha. Skłonność do zaparcia stolca powiększała się. Krwi lub materji chora w stolcu nigdy nie spostrzegała. Na wadze ubyła 4 kilogramy.

Przy badaniu wyczuwa się w śródbrzuszu pod pr. łukiem żebrowym twardy guz wielkości małej pięści, przesuwalny przy oddechu i dobrze ruchomy przy obmacywaniu, robiący wrażenie ruchomej nieco powiększonej nerki. Guz ten nie ma jednak żadnego związku z nerką, gdyż dolny biegun nerki prawej jest również dobrze wyczuwalny. Przy wypełnieniu kiszek powietrzem guz staje się niewyczuwalnym. Zdjęcia promieniami Roentgena z przyczyn zewnętrznych nie dokonano, tembardziej, że rozpoznanie kliniczne wydawało się nam dość jasnem, a mianowicie, sądziliśmy, iż mamy do czynienia z nowotworem kiszkowym, nie dającym narazie objawów zwężenia.

Dnia 27. VIII. 1925. operacja w znieczuleniu miejscowem: laparatomja wzdłuż pr. mięśnia prostego brzucha *(laparot. pararectalis)*. Okazuje się, iż guz ten obejmuje całą kiszkę ślepą *(typhlitis)* następnie wstępnicę *(colitis et pericolitis)* oraz *flexura hepatica*.

W mniemaniu, iż mamy do czynienia z nowotworem złośliwym, postanowiono dokonać resekcji kiszki grubej, poczynając od końca jelita biodr. aż do połowy poprzecznicy *(coli transversi)* na jednem posiedzeniu. Wyodrębnienie guza z pośród otoczenia nie przedstawiało wielkich trudności, gdyż większych zrostów z otoczeniem nie było, tylko w górnym biegunie swoim guz ten był ściśle stopiony z dwunastnicą tak, iż mięśniówkę tej ostatniej musiano nadciąć i zaszyć szwem kapciuchowym. Jedno rzucało się w oczy podczas operacji, iż nie można było znaleść wyrostka robaczkowego, potrzebnego nam dla orjentowania się podczas operacji, a wrośniętego prawdopodobnie do tego stopnia w guz, iż znikł bez śladu.

Szukając wyrostka obejrzeliśmy dokładnie przydatki maciczne prawe, które jednak żadnych zmian chorobowych nie wykazały.

Po dokonaniu rezekcji podług wyżej wspomnianego planu, zespolono dolny odcinek jelita biodrowego z poprzecznicą: *ileotransversostomia side to side.*

Chora zniosła zabieg bardzo dobrze i w dwa tygodnie po operacji wypisała się ze szpitala z raną zagojoną, czując się zupełnie zdrową.

Anatomopatologicznie, przy makroskopowem badaniu guza rzuca się przedewszystkiem w oczy, iż zmiany chorobowe nie dotyczą prawie wcale śluzówki, lecz umiejscowione są głównie w warstwie surowicowej i mięśniowej, dochodzącej miejscami do grubości 2—3 palcy.

Badanie drobnowidowe wykazuje, iż mamy do czynienia z guzem zapalnym kiszki grubej, nieswoistego pochodzenia: rozrost bliznowatej tkanki łącznej z nacieczeniami zapalnemi.

Guzy tego rodzaju zostały poraz pierwszy opisane przez Bergmanna (Ryga) w r. 1911, następnie badaniem sprawy tej zajęli się Tietze, Läwen, Graser, Sudeck, Körte i Braun i obecnie w piśmiennictwie przypadków tego rodzaju jest 41.

W etiologji powstawania guzów tego rodzaju odgrywają rolę: zapalenie wyrostka robaczkowego, ciała obce, przebijające się przez śluzówkę w głębsze warstwy kiszki, zapalenia przydatków macicznych, a następnie, na co przedewszystkiem nacisk kładzie Graser — *diverticulitis* t. j. zapalny stan w licznych uchyłkach i kryptach śluzówki kiszki grubej, który przechodzi na tkankę podśluzową, mięśniową i surowicową. Guzy te najczęściej dotyczą esicy, potem wstępnicy, fleksur, kiszki ślepej i nigdy odbytnicy.

Jako analogię do tego rodzaju guzów przytaczają różni autorowie: zapalne pseudotumory sieci po podwiązaniu tejże (Ligaturtumoren), następnie flegmonę bliznowatą szyi (Holzphlegmone) oraz elephantiasis (Tietze), a także b. znaczne zgrubienie opłucnej przy chronicznych zapaleniach ropnych opłucnej, t. zw. *ulcustumor* przy wrzodach żołądka i t zw. *adnextumor* przy zapaleniach przydatków.

Naturalnie, iż osobniki dotknięte tem cierpieniem muszą mieć pewną skłonność ku temu, pewną *diathesis fibroplastica*, która pod wpływem stałego chronicznie-zapalnego bodźca prowadzi do guzów fibroplastycznych.

*) Chorą i preparat demonstrowano w Tow. Lekarskiem Łódzkiem w dn 5. Listopada 1925 r.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asystent kliniki. Lwów.

O wartości próby Diensta.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Kazimierz Bocheński.

Z pośród licznych prób, mających za cel rozpoznanie wczesnej ciąży, wyróżnia się próba Diensta przez to, że można ją wykonać bardzo szybko. Zdaniem autora w przeciągu kilkunastu minut można rozpoznać wczesną ciążę, niedającą się jeszcze stwierdzić badaniem klinicznem.

Na czem polega ta próba?

Opierając się na swych badaniach, doszedł Dienst do przekonania, że w osoczu każdej krwi znajduje się wolna i niezwiązana chemicznie antitrombina. W surowicy jest jedynie metatrombina czyli antitrombina związana z trombiną. Antitrombina daje się wykazać zapomocą próby biuretowej, a według Nolfa miejscem jej powstawania jest wątroba, nie zaś — jak sądzą niektórzy — śródbłonki naczyń. W osoczu prawidłowej krwi nie znajduje się nigdy gotowa już trombina, jedynie trombogen, białko w postaci fibrynogenu i sole wapniowe. Zwiększony rozpad białych ciałek występuje fizjologicznie w czasie trawienia i w ciąży, poza krążeniem zaś w chwili wypływania krwi z naczyń. Z rozpadu białych ciałek krwi, płytek Bizzozera i protoplazmy tkanek tworzy się trombokinaza, która pod wpływem soli wapniowych wraz z trombogenem tworzy zaczyn włóknikowy czynny, czyli trombinę, zaś ta działając na fibrynogen powoduje wytwarzanie włóknika.

O ile antitrombina jest ciałem ciepłostałem, to trombina już w 56° C staje się nieczynną skutkiem uszkodzenia trombogenu, zaś trombokinaza nie zmienia się nawet w cieplocie do 75° C. Gdy więc skutkiem krzepnienia krwi powstała trombina znajdzie się w surowicy, część jej łączy się z antitrombiną, zmieniając się na nieczynną odmianę trombiny, zwanej metatrombiną. W surowicy więc znajduje się trombina i metatrombina, niema natomiast wolnej antitrombiny.

Jeżeli jednak dodamy do surowicy małe ilości alkaliów, związana z metatrombiną antitrombina staje się nieczynną, a równocześnie uwalnia się związana z antitrombiną trombina i staje się czynna. W prawidłowej krwi ludzkiej ilość antitrombiny uzyskanej z 1 cm^3 osocza wystarcza, aby związać zaczyn trombiny w ilości $^1/_{12}$ do $^1/_8$ cm^3 odpowiedniej surowicy. W ciąży ilości te zwiększają się w miarę trwania ciąży i u ciężarnych ilość antitrombiny uzyskanej z 1 cm^3 osocza może związać zaczyn trombiny w ilości $^1/_3$ cm^3, a u rodzących nawet $^5/_6$ cm^3. Badania autora wykazały następnie, że znajdująca się w wątrobie antitrombina powiększa się w czasie ciąży, a zwłaszcza przy końcu jej, co można wykazać zapomocą próby biuretowej lub ninhydryninowej.

Metoda Diensta polega więc na wykazaniu zwiększonej antitrombiny we krwi osób ciężarnych. Postępowanie jest następujące: Do 10 cm^3 wody wodociągowej w probówce dodajemy 1·75 cm^3 surowicy i 0,2 cm^3 1% wodnego roztworu ninhydryniny. Zatykamy probówkę palcem i obracamy ją powoli kilkakrotnie, aby płyny wymieszały się, poczem ogrzewamy probówkę nad płomieniem palnika. Od chwili pojawienia się pierwszych baniek powietrza gotujemy dokładnie przez jedną minutę. O ile kobieta jest w ciąży, występuje niebieskie zabarwienie, w przeciwnym razie pozostaje białawy osad. Do próby tej należy używać przeźroczystych surowic, nie zabarwionych krwią, i nie hemolitycznych, jakkolwiek i w tych przypadkach zabarwienie, o ile występuje, jest dość wyraźne. Różnica atoli polega na tem, że zabarwienie niebieskie jest nieczyste, u nieciężarnych zaś biała barwa przybiera odcień szary. W czasie miesiączki występuje zabarwienie malinowe.

Próba powyższa jest więc rzeczywiście prosta, a zaletą jej jest również okoliczność, że można ją wykonać bardzo szybko. Toteż w przypadkach ciąży wczesnej, zwłaszcza tam, gdzie badanie przedmiotowe jest trudne, próba taka mogłaby oddać bardzo wielkie usługi nietylko klinicyście, ale i praktykowi. Dlatego postanowiliśmy się przekonać o jej wartości i w tym celu wykonaliśmy ją w lwowskiej klinice położniczo-ginekologicznej u różnych kobiet, ciężarnych i nieciężarnych, zdrowych i chorych, ogółem w 100 przypadkach.

Wyniki naszych badań są następujące:

1. Zupełnie zdrowych i nieciężarnych było 5 przyp., dodatnio wypadła próba 2 razy (=40%), zaś ujemnie 3 razy (=60%).

W myśl wywodów Diensta próba odpowiedziała więc swemu celowi jedynie w 60% przypadków.

2. Ciężarnych i roniących było 41 przyp., z tych: a) ciężarnych w pierwszych trzech mies. 27 przyp., dodatnio wypadła próba 24 razy, ujemnie 3 razy.

W pierwszych więc trzech miesiącach ciąży odpowiedziała próba celowi tylko w 88% przyp., zawiodła w 11'2% przyp. b) ciężarnych od 4-tego mies. do końca ciąży było 14 przyp. We wszystkich 14 przypadkach próba wypadła dodatnio.

3. Rodzących i położnic było 10 przyp. Również i w tych przypadkach próba wypadła dodatnio.

4. Chorych ginekologicznych było 44 przyp.

Wynik próby przedstawia następujące zestawienie:

L. p.	Rodzaj schorzenia	Ilość przyp.	Próba wypadła +	Próba wypadła −
1	Sprawy zapalne i guzy przydatków	15	6	9
2	Torbiele jajnika	9	3	6
3	Włókniaki macicy	7	3	4
4	Rak macicy	10	7	3
5	Ciąża zewnątrzmaciczna	3	1	2
	Razem	44	20	24

Dodatnio wypadła więc próba 20 razy = 45'45% przyp., ujemnie 24 razy = 54'55%.

Z zestawienia tego wynika, że w 19 przyp. ginekologicznych nie mających nic wspólnego z ciążą, wypadła próba dodatnio. Zawiodła zatem w myśl zapatrywań autora w 43'18% przyp.

Na podstawie tych doświadczeń zaniechaliśmy dalszych prób gdyż już powyżej przytoczone utwierdziły nas w przekonaniu, że na próbie tej nie można oprzeć rozpoznania wczesnej ciąży. Dowodzą tego dodatnie wyniki próby u osób zdrowych i nieciężarnych (40%), a jeszcze bardziej spostrzeżenie, że we wszystkich stanach zapalno-ropnych próba ta wypadała zawsze dodatnio, bez względu na to czy chora była w ciąży, czy też nie.

Co się tyczy zaś antitrombiny, wykrytej przez Löba i Morawitza, to twierdzenie Howella, że jest to antyciało uodporniajace, nie trafia nam do przekonania. Próba Diensta polega bowiem na wypadaniu białka ze surowicy krwi pod wpływem ninhydryniny. Czy jednak oprócz ciała białkowego, jakiem jest niewatpliwie antitrombina, nie mogą brać udziału w tym procesie i inne ciała białkowe krwi? Wysnuwanie zatem wniosków, jakoby jedynie obecność antitrombiny wpływała na przebieg odczynu nie wydaje się dostatecznie uzasadnione. Podobnie sadzi i Gänssle, który słusznie zwrócił uwagę, że wynik tej próby w równej mierze może zależeć od obecności adrenaliny i kwasów aminowych, które w stosunku do ninhydryniny zachowują się podobnie jak antitrombina, a które również znajdują się we krwi w różnych ilościach, zależnie od różnych czynników, co niewątpliwie może wpływać na wynik próby.

Piśmiennictwo:

Dienst: Arch. f. Gyn. 117. Zbl. f. Gyn. 1924. Nr. 36. — Gänssle: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 66. — Timofejew: Zbl. f. Gyn. 1925. Nr. 38.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. J. MORAWSKI. Kobierzyn.

Porażenie postępujace, jako psychoza rodzinna*).

Przy dokładnem badaniu kilku tysięcy opisów chorób oddziału psychjatrycznego Szpitala św. Łazarza za przeciąg kilkudziesięciu lat znalazłem kilkadziesiąt rodzin, w których porażenie postępujace występowało dwukrotnie lub też w związku z innemi chorobami psychicznemi.

Materjał zebrany przeze mnie w tym kierunku (osiemdziesiąt trzy opisy chorób), opracowany przez lekarzy, którzy pracowali w rozmaitych okresach rozwoju naszych pojęć psychjatrycznych, nie jest jednolity, to też wypadło mi kilka rodzin wycofać ze swoich badań i poprzestać na 34 rodzinach, gdzie obraz kliniczny, przebieg, a czasem i dane sekcji pośmiertnej czynią rozpoznanie porażenia postępującego prawie pewnem.

W 7 rodzinach spotkałem porażenie postępujące u 2 braci. W rodzinach tych nie udało mi się skonstatować jakiejkolwiek prawidłowości ani co do wieku występowania pewnych objawów porażenia postępującego, ani co do formy schorzenia, obrazu klinicznego, przebiegu, czasu trwania i t. d. Występują wprawdzie czasami pewne podobieństwa, są one jednak zbyt rzadkie i przeważnie dają się wytłumaczyć wpływem warunków zewnętrznych. Przykłady:

1. Rodzina Br.: jeden z braci zachorował mając l. 60, drugi w wieku l. 47. Obydwaj wypowiadali urojenia prześladowcze, poza tem jednak formy i przebieg różne.

2. Rodzina R.: jeden z braci zachorował w 32 r. życia (kiła w 24 r. życia), drugi w 56 r. (kiła w 36 r. życia). Pierwszy przeszedł formę spokojnego otępienia, gdy u drugiego wystąpiła forma maniakalna.

3. Rodzina Sz.: Starszy brat zachorował, mając lat 35 (kiła w 25 r. życia), młodszy w wieku l. 38 (kiła w 26 r. życia). Pierwszy miał formę przygnębienia z $3^1/_2$ letnią remisją, drugi formę manjakalną o znacznie szybszym przebiegu, bez remisji.

W 2 rodzinach p. p. wystąpiło u ojca i syna. Przykłady:

1. Rodzina Gr.: ojciec zachorował w 39 r. życia, syn w 18 r. życia. Forma manjakalna u obydwóch z wyraźnem podobieństwem obrazu klinicznego.

2. Rodzina Osm.: Ojciec zachorował w wieku l. 44, forma urojeniowa z licznemi omamami, syn jego zachorował w 22 r. życia na rozstrój psychiczny o charakterze rozszczepieniowym, do którego w trzy lata później przyłączyły się objawy porażenia postępującego.

Wyżej wymienione 9 rodzin o podwójnie występującem w rodzinie porażeniu postępującem wyraźnie mówią zatem, że przy porażeniu postępującem mamy do czynienia raczej z usposobieniem osobistem, z jakąś nieodpornością systemu nerwowego niż z wpływem pewnego rodzaju zarazka kiłowego *(lues nervosa)*. Usposobienie to zdaje się być dziedzicznie przekazywanem.

Z pozostałych 25 rodzin porażenie postępujące wystapiło w 15 rodzinach, gdzie brat lub siostra chorego na p. p. zapadli na zaburzenia psychiczne o charakterze *alcoholismus chronicus* (3 razy), *schizophrenia* (9 razy), padaczka (1 raz), *psychosis maniaco-depressiva* (2 razy).

I tutaj również nie udało mi się wykryć znaczniejszych podobieństw w ogólniejszych chociażby zarysach, w szczególności postać zaburzenia psychicznego u jednego z członków rodziny o charakterze schizofrenicznym nie miała nic wspólnego z formą, treścią i zabarwieniem schorzenia paralitycznego u drugiego z rodzeństwa.

W 2 rodzinach spotkałem p. p. u ojca, u syna zaś zaburzenie psychiczne formy schizofrenicznej, w 1 — p. p. u ojca, u syna zaś *psychopathia constitutionalis*, w 1 przypadku u ojca p. p., u syna zaś padaczka, w ostatnim wreszcie przypadku z dwojga dzieci paralityka syn był niedorozwinięty psychicznie, córka — *hypomania*.

W 4 rodzinach: u stryja — p. p., u bratanka *schizophrenia*, w 1 rodzinie u stryja *hypomania*, u bratanka p. p.

Żadnych specjalnych podobieństw co do treści i charakteru omamów, urojeń i zaburzenia uczuciowego na tym materjale między członkami rodziny również nie spotykałem. Podobieństwa zauważone nie przekraczały zwykle zdarzających się podobieństw materjału nie rodzinnego.

Mój materjał więc potwierdza panujące obecnie przekonanie, że ani usposobienie do *psychosis maniaco-depressiva* ani do *schizophrenia* nie mają nic wspólnego z usposobieniem do porażenia postępującego.

Do niedawna utrzymywało się przekonanie Berze'go, że dzieci porażeńców i tabetyków często zapadają na schizofrenję. Przeczą jednak temu ostatnie badania Meggendorfer'a, Schacher'la i Kalb'a.

Meggendorfer badał 208 dzieci, pochodzących od p. p.: ze 183, urodzonych po infekcji ojca — 2 zapadło na *psychosis man. depres.* 2 na porażenie postępujące, 2 — idiotismus. Z 25 dzieci, urodzonych przed infekcją ojca, żadne nie zachorowało psychicznie.

Schacherl zanotował 2 przypadki *schizophrenia* u 52 dzieci, pochodzących od 31 p. p.

Kalb — 4 przypadki *schizophrenia* w 28 rodzinach p. p.

*) Podług odczytu w Krak. Tow. Psych. w dn. 3. grudnia 1925. r.

Dr. Leon SZAJEROWICZ. Łódź.

Zagadnienie niepłodności w świetle najnowszych poglądów.

Podług odczytu w Towarzystwie lekarskiem Łódzkiem.

Zagadnienie niepłodności bezsprzecznie należy do najciekawszych i najwięcej skomplikowanych zagadnień w medycynie. Toteż oddawna zajmowało ono umysły nie tylko akuszerów i ginekologów, ale jeszcze w większym stopniu anatomopatologów, fizjologów i psychologów. Zagadnienie niepłodności mimo całego ogromu pracy, podjętej przez różnych badaczy w celu wyświetlenia jego, całkowicie rozwiązane jeszcze nie zostało i w szczegółach swych dotychczas otoczone jest mgłą tajemniczości.

Jednakże w ostatnich latach rozwiazanie tego zagadnienia posunęło się znacznie naprzód, poglady zasadniczym uległy zmianom, niepłodność przestała być zagadnieniem wyłącznie mechanicznem, a stało się zagadnieniem biologicznem w najszerszem tego słowa znaczeniu. Przyczyniło się do tego głównie dokładne poznanie życia płciowego kobiety, które, jak to zobaczymy, stanowi potężny czynnik w zagadnieniu niepłodności; przyczyniła się do tego nauka o wydzielniczej czynności gruczołów dokrewnych. Jak to zobaczymy, czynność narządów płciowych zostaje w ścisłym związku z czynnością gruczołów dokrewnych. Narządy te mogą hamować i mogą pobudzać sprawność płciową.

Wreszcie nowe widnokręgi odkryła nauka o udpornieniu na nasienie. Niepłodność jest bardzo często powodem zasięgania przez kobiety naszej porady. Podług statystycznych danych różnych autorów niepłodność wynosi 10% wszystkich małżeństw, przyczem najmniej stosunkowo spotykamy się z niepłodnością u kobiet, które wychodzą za mąż między 20 a 24 rokiem życia, natomiast u kobiet, które wychodzą za mąż między 15 a 19 rokiem życia, a również u tych, które wychodzą za mąż po 24 r. życia, niepłodność zdarza się częściej.

Po ostatniej wojnie znacznie więcej małżonków, niż dawniej, szuka naszej porady z powodu niepłodności. Przyczyną tego jest częściej zdarzajacy się obecnie niedorozwój narzadów płciowych, większe rozpowszechnienie rzeżaczki, częściej zdarzajace się zaburzenia życia płciowego i cierpienie gruczołów dokrewnych.

Niepłodność może być bezwzględna lub względna, kiedy po jednym porodzie, poronieniu, ewentualnie ciąży pozamacicznej, które najczęściej zjawiają się wkrótce po ślubie, do zapłodnienia więcej nie dochodzi. Jedni autorowie (Chrobak, Rosthorn, Nagel, Hofmeier nazywają niepłodnością taki stan, kiedy po 2 latach naturalnego współżycia małżeńskiego ciąża nie następuje, inni (Runge, Kleinwächter, Kisch) mówią o niepłodności dopiero wtedy, kiedy po upływie trzech lat ciaża się nie zjawia. Podług Wintza, Dunkana nie mamy prawa stawiać rozpoznania niepłodności przed upływem czterech lat, a podług Fraenkla nawet przed upływem 5-ciu lat bezpłodnego współżycia małżeńskiego. Że z rozpoznaniem niepłodności nie trzeba się zbytnio śpieszyć, dowodzą nie rzadkie przypadki, że kobiety zachodzą w ciążę po 5-ciu latach małżeńskiego współżycia, a niekiedy znacznie później bez wszelkiej interwencji lekarskiej.

Ponieważ zapłodnienie jest wynikiem wniknięcia ciałka nasiennego do jajka kobiecego, podstawowym więc warunkiem macierzyństwa jest z jednej strony zdolne do zapłodnienia jajko kobiece, z drugiej strony zdrowe nasienie. Podług danych statystycznych różnych autorów (Kehrer, Fürbringer, Kisch, Jerzykowski) w 30 do 40% małżeństw bezdzietnych przyczyną niepłodności jest choroba męża, mianowicie zapalenie jader, przyjadrzy i sznurków nasiennych najczęściej na tle rzeżączkowem, niekiedy na tle przymiotowem, gruźliczem, urazowem. Badania Julliena (1886) wykazały, że w niektórych przypadkach jednostronnego tylko zapalenia przyjadrza ciałka nasienne w okresie ostrym znikają zupełnie, po ustapieniu zaś objawów zapalnych utrzymuje się przez czas b. długi zmniejszenie się ich liczby *(oligospermia)*, która może być przyczyną niepłodności. Obustronne zaś zapalenie przyjądrzy i sznurków nasiennych w przeważającej liczbie przypadków, dochodzacych do 90% i więcej, prowadzi do zupełnego zaniku ciałek nasiennych *(azoospermia)*. Z powyższego wypływa wniosek oczywisty i jasny, że pierwszym obowiązkiem lekarza w każdym przypadku niepłodności winno być zbadanie nasienia męża, bez czego lekarz nie ma prawa przystąpić do leczenia żony. Niestety, jeszcze i obecnie niektórzy lekarze, skądinąd poważni, zaniedbują ten kardynalny warunek i często zbytecznie narażają swe chore na różne operacje. Nie wystarcza wywiad o sprawności płciowej męża, ani badanie zewnętrzne narządu płciowego mężczyzny, albowiem ani zdolność spółkowania, ani na pozór zdrowy wygląd organów płciowych nie rozstrzygają sprawy o wartości nasienia. W razie ujemnego wyniku badania należy po pewnym czasie takowe powtórzyć, albowiem nie tylko zmniejszenie ciałek nasiennych *(oligospermia)*, ale nawet utrata całkowita ciałek *(azoospermia)* może być objawem przemijającym, zależnym od wyniszczających ogólnych chorób ustrojowych. Badanie należy przedsiębrać kilka razy w znacznych odstępach po przeprowadzeniu odpowiedniego leczenia. Często bywa bardzo trudno skłonić męża do poddania się badaniu, mężowie bowiem są skorzy przypisywać winę niepłodności żonom swoim, niejedną chorą tracimy z oczu z chwilą, gdy każemy przyjść do siebie mężowi, ale ten wzglad nie powinien wpłynąć na sposób naszego postępowania. Dopiero wtedy, gdy badanie nasienia wykazało prawidłową liczbę (około 60 w polu widzenia) ruchliwych ciałek nasiennych, możemy przystąpić do leczenia żony. Jakkolwiek do jednego jajka kobiecego przenika tylko jedno ciałko nasienne a wszystkie inne, znajdujace się w blizkości, giną, jednak im większa jest liczba ruchliwych ciałek nasiennych, tem większe są szanse zapłodnienia zwłaszcza, że *oligospermia* b. często łączy się ze zmniejszoną zdolnością życiową ciałek nasiennych, a od żywotności ciałek w znacznym stopniu zależy szybkość, z jaką ciałka posuwają się naprzód.

O ile badanie zdolności rozrodczej męża daje się łatwo uskutecznić, o tyle zdolność rozrodcza kobiety jest dla bezpośredniego badania niedostępna. Pozostaje jednak droga pośrednia, po której, jak to zobaczymy, można dojść do pewnego wniosku o sprawności jajników. Bardzo liczne badania i doświadczenia lat ostatnich (Steinacha, Fraenkla, Knauera, Loeba) dowiodły niezbicie, że jajnik, prócz czynności, polegających na tworzeniu i wydzielaniu jajek, wywiera potężny wpływ na ustrój, jako gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem. Po pęknięciu dojrzałego pęcherzyka Graafa i wypłynięciu nazewnątrz jajka kobiecego, pozostałe komórki pęcherzyka nie kończą swego bytu, lecz rozpoczynają nową czynność, przeistaczają się w tak zwane ciałka żółte *(corpus luteum)*, które przybiera wszystkie cechy gruczołu dokrewnego. Ciałko żółte jest właśnie tym tworem, który w jajniku spełnia funkcje wydzielania wewnetrznego. Pod wpływem hormonów ciałka żółtego komórki nabłonka wielowarstwowego pochwy wydzielają glikogen, który stanowi pożywkę dla pratków pochwowych, wytwarzajacych kwas mleczny. Normalną więc pochwę cechuje zawartość glikogenu w nabłonku pochwowym, obecność pratków i kwaśny odczyn.

Brak jednej z tych trzech podstawowych części świadczy o upośledzonej czynności jajników. Pod wpływem hormonów ciałka żółtego błona śluzowa macicy w pewnych okresach czasu między jedna, a drugą miesiaczką przechodzi pewne zmiany, stale się powtarzajace, przygotowujac się do ewentualnego przyjęcia jaja płodowego. Znajac obrazy drobnowidowe tych przemian błony śluzowej w różnych okresach, możemy zapomocą badania wyskrobin błony śluzowej powiedzieć, z jakiego okresu pochodzi dana błona. W warunkach prawidłowych wobec zupełnej sprawności jajników obrazy wyskrobanej błony śluzowej dokładnie odpowiadają tym okresom, od których pochodzi. W razie upośledzonej czynności jajników obrazy wyskrobanej śluzówki nie odpowiadają tym okresom, w których skrobanie będzie dokonane. Zapomocą więc badania wydzieliny pochwowej i skrobania możemy dojść do pewnego wniosku o sprawności jajników. Ciałko żółte, jak wykazały doświadczenia na zwierzętach, działajac na błonę śluzową macicy, jednocześnie wywiera wpływ hamujacy na następne jajeczkowanie. Zniszczenie ciałek żółtych u królic, dokonane podczas wędrówki zapłodnionego jajka, uniemożliwia temu jajku zagnieżdżenie się w macicy i przyśpiesza następne jajeczkowanie. Ciałko żółte rośnie rozmaicie długo zależnie od tego, czy jajko zostało zapłodnione i rozgnieździło się na błonie śluzowej macicy, czy też poszło na marne. Jeżeli do zapłodnienia nie dochodzi, ciałko żółte po kilkunastodniowym rozroście ulega zanikowi. Z zanikiem ciałka żółtego następują zmiany wsteczne macicy i nowe jajeczkowanie. Jeżeli jajko kobiecie po wyjściu z pęcherzyka Graafa zostało zapłodnione, ciałko żółte rozwija się w potężny twór, czasem zajmujący połowę jajnika, dochodzący w średnicy do 3 cm. i dopiero po upływie 3½—4 miesięcy zaczyna więdnąć. W warunkach więc fizjologiczych czynność jajników cechuje stała okresowa zmiana między dojrzewaniem pęcherzyka Graafa, jajeczkowaniem w ścisłem tego słowa znaczeniu, a tworzeniem się ciałka żółtego. W warunkach patologicznych ta okresowość w czynności jajników zostaje zakłócona. W jednych przypadkach samo dojrzewanie pęcherzyków Graafa i jajeczkowanie zostaje upośledzone, w innych pęcherzyki dojrzewają prawidłowo, jajeczkowanie się odbywa, ale ciałko żółte, w które się przeobraził pęcherzyk Graafa, albo jest zbyt słabo rozwinięte i nie wywiera należytego wpływu na błonę śluzową macicy, z drugiej strony nie jest w stanie hamować dostatecznie następnego jajeczkowania, które wskutek tego odbywa się w przyśpieszonem tempie, w niełdzie, a same jajka nie posiadają wskutek tego prawidłowej zdolności do życia. W innych przypadkach ciałko żółte jest zbyt silnie rozwinięte, dosięga niemal takiej wielkości jak podczas ciąży i zanik jego opóźnia się *(corpus luteum persistens)*. Z tego powodu trwa dłużej jego hamujący wpływ na następne jajeczkowanie, które na pewien czas zostaje wstrzymane. Na zasadzie tych zmian patologicznych można wszystkie przypadki niepłodności, zależne

od wadliwej czynności jajników, podzielić na 3 grupy. Po pierwsze niepłodność zależeć może od zupełnej niezdolności, ewentualnie od upośledzonej zdolności do jajeczkowania. Możnaby stan taki odpowiadający *azoospermii* mężczyzn, nazwać *„anovalia“*.

Niezdolność do jajeczkowania może być wrodzona, wskutek wrodzonego niedokształcenia się jajników *(hypoplasia)*, lub też może być nabyta, jako objaw zaniku jajnika, a właściwie miąższowej części jajnika w następstwie wielu spraw chorobowych. Do nich należą przedeszystkiem sprawy zapalne różnego pochodzenia i sprawy nowotworowe, przytem sprawy te powodują absolutną niepłodność tylko wtedy, gdy wynikiem ich jest całkowite zniszczenie tkanki miąższowej. O ile w chorych jajnikach pozostały zdrowe ucząstki tkanki miąższowej, zapłodnienie nie jest wykluczone. Opisane są przypadki zapłodnienia wobec obustronnego zapalenia jajników, które podczas badania przedstawiały się znacznie powiększone (Dunkan). Ciąża obok nowotworów jajników nie jest rzadkością, nawet obok obustronnych guzów ciąża nie jest wyłączona. Nieznaczna pozostałość zdrowej tkanki jajnika wystarcza niekiedy, ażeby nastąpiło zapłodnienie. Tem wytłumaczyć można zdarzające się niekiedy przypadki zapłodnienia po obustronnem usunięciu jajników z pozostawieniem chociażby części zdrowego jajnika. Do drugiej grupy należą przypadki niepłodności, których bezpośrednią przyczyną jest zbyt silnie rozwinięte ciałko żółte, pozostające dłużej niż normalnie na wysokości swego rozwoju i wskutek tego hamujące następne jajeczkowanie. Jajeczkowanie w takich razach przez pewien czas ustaje, jednocześnie macica się powiększa, ma wszelkie cechy ciężarnej macicy, a cała sprawa robi wrażenie 6—8 tygodniowej ciąży. Po upływie tego czasu, a niekiedy i później bez wszelkiej przyczyny lub wskutek urazu albo też w następstwie zbyt energicznego badania ginekologicznego następuje krwotok maciczny, mający charakter poronienia, jakkolwiek szczegółowe badania nigdy w tych przypadkach nie wykazały ani śladu jaja płodowego, ni też śladów prawdziwej doczesnej. Co jest przyczyną tego, że ciałko żółte pomimo niezapłodnienia jajka kobiecego utrzymuje się dłużej na wysokości swego rozwoju i hamuje jajeczkowanie, to pozostaje dotychczas zagadką. Podług niektórych autorów przyczyną tego zjawiska jest przewlekłe przekrwienie jajników, powstałe na tle tak zwanej dyspareunji, t. j. pewnej nieprawidłowości i dysharmonji aktu spółkowania, o czem obszerniej mówić będę w innym rozdziale. Tem przekrwieniem tłumaczą też autorowie torbielowate zwyrodnienie ciałka żółtego, jakie obserwowano w szeregu tego rodzaju przypadków.

Do trzeciej grupy należą przypadki niepłodności, których bezpośrednią przyczyną jest słabo rozwinięte ciałko żółte, nie posiadające dostatecznej siły, ażeby podporządkować sobie następne jajeczkowania, które wskutek tego odbywają się w nieładzie, w tempie przyśpieszonem; ostatecznym wynikiem tego zjawiska jest to, że jajka kobiece nie nabierają należytej zdolności do życia lub też przedwcześnie giną. Również niedostateczny jest pływ słabo rozwiniętego ciałka żółtego na błonę śluzową macicy, która z tego powodu nie jest należycie przygotowana na ewentualne zagnieżdzenia jaja płodowego. Nasuwa się z tego powodu przypuszczenie, że jajko może zostać zapłodnione, a mimo to do błony śluzowej macicy nie zostaje przyczepione z powodu niedostatecznego jej przygotowania. W ten sposob można wytłumaczyć niektóre przypadki poronienia nawykowego. Przyczyna kształtowania się chorych jajek kobiecych, ewentualnie ich przedwczesnego obumarcia leży nie tyle w samych jajnikach, ile raczej w zaburzeniach czynnościowych innych gruczołow dokrewnych o wydzielaniu wewnętrznem. Czynność jajników znajduje się w ścisłym związku z czynnością innych gruczołów dokrewnych o wydzielaniu wewnętrznem. Narządy te mogą działać hamująco lub pobudzająco na sprawność jajników. Współzależność gruczołów dokrewnych i narządów płciowych stwierdzona zostało przez spostrzeżenia kliniczne, jak również badania doświadczalne. Mogą tu odegrać rolę różne gruczoły, jak: tarczyca, przysadka mózgowa, trzustka, grasica, nadnercza. Główne znaczenie pod tym względem posiadają cie pienia gruczołu tarczowego, i przysadki mózgowej. Lekkie przypadki niedomogi czynnościowej gruczołu tarczowego upośledzają, ewentualnie opóźniają czynność narządów płciowych. Ciężkie przypadki wywołać mogą obraz obrzęku śluzakowatego *(myxoedema)* z zanikiem narządów płciowych. Do tego samego prowadzi operacyjne usunięcie gr. tarczowego. W literaturze lat ostatnich (Veil, Borchardt) opisane są przypadki obrzęku śluzakowatego z utratą regularności w związku z niedomogą czynnościową gr. tarczowego w następstwie ciężkich porodów.

Przyczyną niedomogi czynnościowej gr. tarczowego w tych przypadkach było ogólne wyczerpanie ustroju wskutek często powtarzających się porodów, krwotoki podczas ciąży i porodu. W innych przypadkach niedomoga gr. tarczowego wywołuje otyłość, która przebiega z zanikiem narządów płciowych. Prawdopodobnie przypadki przedwczesnego zaniku jajników *(atrophia praecox)*, połączonego zwykle z otyłością, które obserwować niekiedy można w następstwie długotrwającego karmienia, mają swe źródło w niedomodze czynnościowej gruczołu tarczowego. Niektórzy autorowie (Horsley, Lorand) uzależniają okres przekwitania z jego skłonnościami do otłuszczenia od zaniku gr. tarczowego. Stwierdzono, że cierpienia przysadki mózgowej i trzustki wywołują również zanik narządów płciowych często w połączeniu z otyłością. Na niedomogę czynnościową jajników w znacznym stopniu wpływają również ogólne choroby ustrojowe (zołzy, blednica, cukrzyca, ciężka skaza moczanowa). Najważniejszą rolę dotychczas niedocenioną odgrywają pod tym względem zołzy i blednica. O zmianach jakie choroby te wywołują w narządach płciowych, dotychczas wiemy nie wiele. Być może w przyszłości dowiemy się, że i tu w grę wchodzą zaburzenia czynnościowe gruczołów dokrewnych.

Dotychczas omówiłem przyczyny niepłodności, zależne od sprawności narządów płciowych, wytwarzających komórki rozrodcze: plemniki i jajka kobiece. Dla zapłodnienia jednak prócz zdrowych komórek rozrodczych niezbędne są odpowiednie warunki, umożliwiające spotkanie się tych komórek. Zanim przejdę jednak do omówienia tych warunków czysto anatomicznych, zatrzymać się muszę na czynniku psychologiczno-seksualnym, który dużą odgrywa rolę w zagadnieniu niepłodności. Tym czynnikiem jest tak zwana dyspareunja czyli pewna nieprawidłowość i dysharmonja aktu spółkowania, polegająca na tem, że wytrysk nasienia i odpowiadające mu najwyższe napięcie lubieżności u kobiety (orgasmus) nie występują jednocześnie. Fizjologiczny akt spółkowania, który w przeciwieństwie do dyspareunji zwie się eupareunją, polega na tem, że najwyższe napięcie rozkoszy płciowej następuje z obu stron niemal równocześnie. Już dawno, niektórzy lekarze wskazywali na związek między niepłodnością, a dyspareunją, lecz posłuchu wśród ogółu lekarzy nie znajdowali. Jeszcze stary Van Swieten, lekarz nadworny cesarzowej Marji Teresy, uważał eupareunję za czynnik, sprzyjający zapłodnieniu. Kiedy w pierwszych latach małżeństwa cesarzowa zajść w ciążę nie mogła, van Swieten udzielił cesarzowej klasycznej rady: „censeo, vulvam sacratissimae majestatis diutius ante coitum esse titillandam“. Wkrótce potem cesarzowa zaszła w ciążę. Być może, że manipulacje, które van Swieten doradził cesarzowej, ułatwiły normalny stosunek i obudziły poraz pierwszy uczucie rozkoszy. Znaczenie dyspareunji zostało należycie ocenione dopiero później, kiedy lekarze większą zaczęli zwracać uwagę na życie płciowe kobiety. Starzy ginekolodzy mało się zajmowali życiem płciowem kobiety i w swych podręcznikach przeważnie pomijali ten przedmiot milczeniem. Poznanie życia płciowego kobiety zawdzięczamy lekarzom seksualogom (Wilhelm Stekel, Kraft Ebing, August Forell, Rohlender, Otto Adler, Magnus Hirschfeld). Oni zajmowali się zaburzeniami życia płciowego kobiety, w szczególności i dyspareunją, i wykazali, że życie płciowe kobiety stanowi potężny czynnik nie tylko w zagadnieniu niepłodności, ale również w etjologji, bardzo wielu chorób. Dopiero w ostatnich czasach i ginekologów (Kehrer, Kisch, Dunkan, Strassman, Liepman) coraz więcej zajmuje sprawa nieprawidłowego życia płciowego, któremu przypisują niemal pierwszorzędne znaczenie w zagadnieniu niepłodności. Zdaniem tych autorów dyspareunja jest czynnikiem, utrudniającym w większym lub mniejszym stopniu zapłodnienie, a niekiedy bywa nawet jedynym powodem niepłodności.

Dyspareunja polega albo na tem, że wytrysk nasienia wyprzedza występowanie orgazmu, który wskutek tego nie dochodzi do punktu kulminacyjnego *(ejaculatio praecox relativa)*, albo też orgasmus nie występuje wcale. W tym ostatnim przypadku dyspareunja stanowi większą przeszkodę do zapłodnienia i w skutkach swych, jakto niżej zobaczymy, jest groźniejsza. Na potwierdzenie swych poglądów autorowie ci przytaczają z praktyki przypadki, że kobiety, pomimo długoletniego współżycia z mężem absolutnie zdrowym, nie mogły zajść w ciążę, natomiast zostały zapłodnione p zez swych kochanków, z którymi poraz pierwszy doznały rozkoszy płciowej. Niektóre znów kobiety, odznaczające się osłabionym popędem płciowym, u których orgasmus następował raz na kilka miesięcy, z całą dokładnością wskazywały dzień, kiedy zapłodnienie nastąpiło. Jako dowód słuszności tych poglądów poniekąd służyć może fakt, że zapłodnienie nie następuje zaraz po ślubie, ale dopiero po pewnym czasie, mianowicie, podług danych statystycznych zebranych przez różnych autorów (Dunkan, Ansell) pierwszy poród przeciętnie wypada w 16—17 miesięcy po ślubie. Nasuwa się przypuszczenie, że odgrywa tu rolę stopniowo z biegiem czasu rozwijająca się eupareunja. Za najważniejszy jednak dowód słuszności swoich poglądów wspomniani autorowie uważają dodatni wynik, otrzymany w wielu przypadkach niepłodności zapomocą psychoanalizy seksualnej i terapji psychicznej.

Dyspareunja jest cierpieniem bardzo rozpowszechnionem. Podług Kehrera 70% chorych, które zwracają się o poradę ginekologiczną lub akuszeryjną dotkniętych jest tem cierpieniem. Podług

Kischa i Dunkana 31% przypadków niepłodności zależy od dyspareunji. Rohlender przypisuje temu cierpieniu niemal takie samo znaczenie dla patogenezy niepłodności, jak brakowi ciałek nasiennych z powodu obustronnego zapalenia przyjądrzy i sznurków nasiennych. Tak znaczne rozpowszechnienie tego cierpienia zależy od wielu przyczyn. Poniekąd znajduje ono swe wytłómaczenie w budowie anatomicznej narządów płciowych kobiety. Narządem zewnętrznym rozkoszy płciowej u kobiet jest łechtaczka (clitoris), i w znacznym stopniu wargi mniejsze. W obydwuch narządach znajdują się bogate rozgałęzienia nerwowe. Najobficiej zaopatrzona pod tym względem jest żołądź łechtaczki *(glans clitoridis)*. W tym stosunkowo małym narządzie rozgałęzienie nerwów jest większe, niż w żołędzi prącia (glans penis). U wielu kobiet wskutek wysokiego położenia łechtaczki, bezpośrednie zetknięcie się jej z prąciem podczas prawidłowego stosunku staje się niemożliwe. Ta okoliczność, zdaniem niektórych autorów (Adler) prawdopodobnie jest jedną z przyczyn dyspareunji. Często podstawą dyspareunji jest uraz psychiczny. Pod wpływem rozmaitych czynników psychicznych, jak obawa ciąży, zakażenia, bolu, orgasmus często nie następuje wcale. Duże znaczenie pod tym względem posiada pierwszy stosunek po ślubie. Brak subtelności ze strony małżonka, postępowanie egoistyczne, brutalne może się stać powodem długo trwającej dyspareunji.

Bardzo często przyczyną dyspareunji jest nieprawidłowe spółkowanie, zwłaszcza rozpowszechniona w naszych czasach *cohabitatio interrupta*, w mniejszym stopniu *cohabitatio condomatosa*. Ujemną rolę odgrywają też nadużycia na tle samogwałtu. Wreszcie wszelkie stany zapalne narządów zewnętrznych (blizny krocza, *vulvitis, Bartholinitis*, również sprawy zapalne narządów płciowych wewnętrznych, wobec których stosunek staje się bolesnym, mogą być powodem dyspareunji. Jak sobie przedstawiają wspomniani autorowie działanie fizjologiczne eupareunji? Na zasadzie wywiadów i doświadczeń dochodzą oni do wniosku, że orgasmus składa się z (2) dwóch faz. W pierwszej fazie *(stadium erectionis)* przekrwienie organów płciowych zewnętrznych *(corpus cavernosum clitbridis, bulbi vestibuli)* i wewnętrznych, która w miarę lubieżności wzrasta, dochodzi tu do punktu kulminacyjnego, przyczem gruczoły macicy, Bartholiniego i inne drobne gruczoły śluzowe *(glandulae vestibulares minores)* obficiej wydzielają śluz; w drugiej fazie *(stadium ejaculations)* następuje skurcz muskulatury całego aparatu płciowego *(m. constrictor cunni)*, skurcz mięśnia macicznego i wysunięcie się z szyjki czopu śluzowego, który służy za pomost między jeziorkiem nasiennem, a macicą, gdy orgasmus mija, napięcie mięśnia znika i następuje wessanie nasienia wraz z wydzieliną macicy. U kobiet dotkniętych dyspareunją, to fizjologiczne działanie orgazmu, sprzyjające zapłodnieniu odpada. Prócz tego długo trwająca dyspareunja wywołuje w narządach rodnych szereg zmian patologicznych, które stają się powodem niepłodności. Przekrwienie narządów płciowych w miarę napięcia lubieżności stopniowo wzrasta, i, jak to wyżej zaznaczyłem, dosięga najwyższego stopnia, gdy uczucie rozkoszy dochodzi do punktu kulminacyjnego. Jednocześnie orgasmus stanowi sygnał do odpływu krwi i limfy z przepełnionych naczyń narządów rodnych. Odpływ następuje w należytym stopniu tylko po osiągnięciu szczytu orgazmu.

Brak należytego orgazmu w ciągu dłuższego czasu podtrzymuje trwale w narządach rodnych przepełnienie naczyń krwionośnych i chłonnych, co prowadzi do zmian przesiękowych i rozrostowych. Następstwem przewlekłego przekrwienia po pewnym czasie są różne cierpienia przyrody niezapalnej, jak: niektóre postacie *pruritus vulvae*, nieżyt pochwy, nieżyt macicy *(endometritis hyperplastica)*, stwardnienie macicy *(metropathia)*, zgrubienie i przykurczenie więzów maciczno-krzyżowych *(parametritis posterior chronica)*. Przewlekłe przekrwienie wywołuje również zaburzenia w czynności jajników. O zaburzeniach tych wspomniałem, mówiąc o zatrzymaniu się dłużej na wysokości swego rozwoju ciałka żółtego i tworzeniu się torbieli ciałka żółtego. Następstwem przekrwienia jest również zwyrodnienie drobnotorbielowate jajników. Dowodem tego, iż powyższe sprawy chorobowe powstają na tle dyspareunji, jest cofanie się tych spraw, spostrzegane przez różnych autorów z chwilą, gdy udaje się osiągnąć u chorej stan eupareunji. Kehrer spostrzegał nawet znikanie torbieli jajnikowych wielkości jaja kurzego po osiągnięciu stanu eupareunji.

Z powyższego widzimy, jaką ważną rolę w zagadnieniu niepłodności odgrywa życie płciowe kobiety, dlatego w każdym przypadku niepłodności, a również w wyszczególnionych powyżej cierpieniach, należy przedewszystkiem przeprowadzić wywiady w sprawie życia płciowego chorej. Zamiast wielu zabiegów chirurgicznych należy, zdaniem Kehrera, stosować leczenie psychiczne oraz pouczać chorą o czynnościach płciowych i podawać rady, zmierzające do usunięcia czynników, sprowadzających dyspareunję. Umiejętne stosowanie leczenia psychicznego jest według Kehrera jednem z najważniejszych zadań ginekologa.

Przechodzę do rozpatrzenia przeszkód, utrudniających spotkanie się komórek rozrodczych. Przeszkody te mogą znajdować się albo w samym kanale, przez który odbywa się wędrówka komórek rozrodczych, poczynając od przedsionka pochwy do jajnika, albo też nazewnątrz tego kanału. Pierwszym warunkiem zapłodnienia jest możliwość wprowadzenia prącia *(immisio penis)*. Przeszkodę stanowić może wybitna wadliwość w budowie błony dziewiczej *(atresia hymenalis)*, przyczem prócz *hymen inperforatus* zaliczyć trzeba do tej kategorji i *hymen tereperforatus, biperforatus, cribriformis*, (błona sitkowata) *hymen cornosus*. Jednakże *immisio penis* nie stanowi warunku nieodzownego. Przez różnych autorów (Braun, Sims, Scanzoni) opisane są przypadki zapłodnienia pomimo, że normalnego stosunku nie było czyto wskutek wady w budowie błony śluzowej, czyteż wskutek niezdolności do spółkowania *(impotentia coeundi)* małżonka. Niekiedy przeszkodą do normalnego stosunku stanowi częściowe bliznowate zwężenie pochwy wskutek oparzenia lub w następstwie ciężkiego zakażenia (tyfus, szkarlatyna, dyfteryt, gorączka połogowa). Wyjątkową przeszkodą może być pochwa podwójna (vagina septa). W innych przypadkach *immissio penis* jest możliwe, ale utrudnione. Zdarza się to najczęściej z powodu cierpienia, znanego pod nazwą *„vaginismus"* t. j. skurczu spazmatycznego *constrictor cunni, musc. transversi perinei* i *levator ani*. Podstawą tego cierpienia podług najnowszej teorji (Wolthard, Stekel) jest przeważnie uraz psychiczny (nadwrażliwość błony dziewiczej i wylotu pochwy odgrywa tu rolę drugorzędną). Drugim warunkiem zapłodnienia jest normalny rozwój sromu i krocza. Duże rozdarcie krocza z szeroko otwartym wylotem pochwy może być powodem niepłodności ponieważ nasienie nie zatrzymuje się w pochwie, lecz zaraz po stosunku wylewa się z powrotem. Opisane są przypadki niepłodności, trwające lat kilkanaście, w których nastąpiła ciąża w pierwszych miesiącach po dokonaniu zaszycia starych pęknięć krocza i dźwigaczy odbytu (M. Sejournet). Nie mniej ważnym czynnikiem jest prawidłowy rozwój pochwy, zwłaszcza dostateczna głębokość tylnego sklepienia, które odgrywa rolę zbiornika nasienia. W przypadkach, w których sklepienie to wskutek wrodzonego niedokształtu pochwy jest spłaszczone, nasienie wylewa się z powrotem (Bumm, Fraenkel) Ernest Runge (1909) badał sklepienie pochwy w 66 przypadkach niepłodności z powodu niedokształcenia tylnego sklepienia na zawartość ciałek nasiennych w pewnych odstępach czasu po stosunku, mianowicie po 6, 12 i 20 godzinach i porównał wynik tych badań z drugą serją przypadków, w których tylne sklepienie było prawidłowo rozwinięte. Okazało się, że już po 6 godzinach w 57% przypadków pierwszej serji w pochwie nie znalazł ciałek nasiennych, u kobiet zaś z prawidłowym rozwojem sklepienia znajdował je zawsze. Badania szyjki macicznej na zawartość ciałek wykazywały 62% wyników ujemnych pierwszej serji i tylko 14% ujemnych drugiej se.ji, w jamie zaś macicy w 78% przyp. I-szej serji nie znalazł ciałek nasiennych; u kobiet z normalnym rozwojem tylnego sklepienia zawsze otrzymywał wynik dodatni. Badania, dokonane po 12 i 36 godzinach, uwydatniły tę różnicę jeszcze jaskrawiej. W niektórych przypadkach przyczyną wylewania się nasienia jest wada ustrojowa męża. Kisch opisał 2 przypadki niepłodności w zależności od silnie rozwiniętego spodziectwa *(fistula urethrocutanea penis)*. Wskutek wady powyższej wytrysk nasienia odbywał się w dolnych częściach pochwy, skąd nasienie wylewało się łatwiej nazewnątrz. Opisane są przypadki niepłodności spowodowane stulejką, po której operacyjnem usunięciu nastąpiło zapłodnienie. Również znaczne zwężenia cewki moczowej mogą być przyczyną niepłodności, ponieważ podczas wzwodu prącia wytrysk nasienia nie następuje, nasienie bowiem zatrzymuje się powyżej miejsca zwężonego, i dopiero po ustąpieniu wzwodu, kiedy kanał staje się drożniejszym, nasienie wylewa się w dolnych częściach pochwy, skąd łatwiej wydostaje się nazewnątrz. Trzecim ważnym czynnikiem zapłodnienia jest oddziaływanie wydzieliny pochwowej. Najodpowiedniejszem podłożem dla ciałek nasiennych, w którem najdłużej przy życiu się utrzymują i nie tracą na swej żywotności jest podłoże, mające odczyn obojętny, ewentualnie słabo alkaliczny. Im więcej odczyn ten odbiega od zasadowego tem warunki życiowe dla ciałek nasiennych są gorsze. W warunkach fizjologicznych zawartość pochwy oddziaływa słabo kwaśno. Kwaśność ta, jak wiemy, pochodzi od kwasu mlecznego. Tak więc już prawidłowa zawartość pochwy nie przedstawia pomyślnych warunków życiowych dla ciałek nasiennych. a względnie nieznaczne zwiększenie kwaśności fizjologicznej wystarcza, ażeby poważnie uszkodzić ich zdolności życiowe. Badania, dokonane przez licznych autorów, wykazały, że najczęściej już po 6-ciu godzinach zawartość pochwy działa zabójczo na ciałka nasienne, a u ciężarnych, u których zawartość pochwy jest bardzo kwaśna, ciałka nasienne już po godzinie są martwe (Hoehne i Behne). Do tego samego wniosku doprowadziły doświadczenia na zwierzętach, (Wester). Po 3—4 godz. ciałka nasienne stają się mniej ruchliwe, a najczęściej już po 5—6 godzinach zamierają, wyjątkowo tylko pozostają dłużej żywe. W przeciwieństwie do

tego, nasienie, zebrane z pochwy natychmiast po stosunku i przechowywane *in vitro* w warunkach odpowiednich (dostateczna wilgoć i ciepło), wykazuje jeszcze po tygodniu żywe ciałka nasienne. W warunkach patologicznych w razie istnienia nieżytu pochwy, ciałka nasienne giną znacznie prędzej, niż w normalnych warunkach. Doświadczenia wykazały (Wester), iż w razie sztucznego wywołania nieżytu pochwy u zwierząt ciałka nasienne często giną już po 3 kwadransach. Ponieważ zawartość pochwy oddziaływa szkodliwie na żywotność ciałek nasiennych, to im prędzej ciałkom tym udaje się przedostać do szyjki macicznej, której zawartość jest zasadowa, tem więcej posiadają energji życiowej do dalszej swej wędrówki i tem większe są szanse zapłodnienia. Chociaż ciałka nasienne posuwają się samodzielnie, nie można zapatrywać się na macicę, jak na narząd, zachowujący się przytem biernie i przyjmujący tylko nasienie. Podług wszelkiego prawdopodobieństwa macica odgrywa tu rolę niepoślednią. Fizjologiczne działanie eupareunji, jak to powyżej wspomniałem, polegać ma na skurczu macicy, która się przytem wyprostowuje, a dzięki temu otwór zewnętrzny macicy zbliża się do jeziorka nasiennego (Litzman, Kehrer, Beck, Basch, Hoffman). Następujące zaś po skończonym orgazmie zmniejszenie napięcia mięśniowego ułatwia znajdującym się w pobliżu otworu zewnętrznego ciałkom nasiennym wniknięcie do macicy. Ażeby to fizjologiczne działanie eupareunji mogło w całej pełni wystąpić, potrzeba prawidłowo rozwiniętego mięśnia macicznego, normalnej rozciągłości więzów macicznych (macicznokrzyżowych, szerokich i obłych). Macica twarda z mięśniem niedorozwiniętym, jaką się widzi w przypadku niedokształcenia, lub też taka, której mięsień wskutek sprawy zapalnej stracił prawidłową kurczliwość, tem bardziej taka, która w dodatku została w znacznym stopniu unieruchomioną z powodu zmian zapalnych więzów, działania takiego wywierać nie może.

Dalsza wędrówka plemników, jak również późniejsze przyczepienie jaja płodowego do błony śluzowej zależy od normalnego rozwoju śluzówki szyjki i ciała macicznego. W warunkach prawidłowych śluzówka pokryta jest nabłonkiem cylindrycznym, posiadającym przez cały okres życia płciowego migawki. Ruch migawkowy ułatwia plemnikom dalszą wędrówkę. W przypadkach niedorozwoju macicy ruch ten jest niedostateczny (Hoene). Zdaniem wielu autorów (A. Meyer, Freund) niedokształcenie macicy *(uterus pubescens, hypoplasia uteri* (Virchow)) odgrywa dużą rolę w patogenezie niepłodności. Do niepłodności przyczynia się nienależycie rozwinięty mięsień maciczny i niedostatecznie rozwinięta śluzówka. Niedorozwojom często towarzyszą poronienia. Niedokształcona macica nie jest w stanie dotrzymać kroku rosnącemu w niej jaju. Drugą sprawą chorobową, najczęściej utrudniającą wędrówkę plemników, jest nieżyt śluzówki nie tylko przyrody zakaźnej, ale również nieżyt, spowodowany przewlekłem przekrwieniem na tle dysparenuji. Dwa czynniki odgrywają rolę: mechaniczny i chemiczny. Z jednej strony nabrzmienie błony śluzowej, której grubość może się zwiększyć pięciokrotnie, a czasem nawet dziesięciokrotnie (dochodzi bowiem do centymetra, a w stanie prawidłowym grubość wynosi zaledwie 1 mm), z drugiej strony zwiększenie się wydzieliny śluzowej, ewentualnie śluzowo-ropnej, zwłaszcza gęstej, stanowią większą lub mniejszą przeszkodę, ponieważ zwężają światło szyjki. Również i zniszczenie ruchu migawkowego choćby na ograniczonej przestrzeni utrudnia wędrówkę plemników. Prócz tego zmieniona wydzielina szyjki nie tylko nie ożywia ciałek nasiennych, ale przeciwnie jest trucizną dla nich, zwłaszcza gdy zawiera dużą domieszkę ropy, działającej zabójczo na ciałka nasienne. W etjologji nieżytów przyrody zakaźnej największą rolę odgrywa dwoinka wiewiórowa *(gonococcus)* drugie miejsce zajmuje zakażenie połogowe. Wiewiór przewlekły najczęściej ogranicza się do błony śluzowej szyjki, dwoinki wiewiórowe zatrzymują się na granicy ujścia wewnętrznego; stosunkowo rzadko wiewiór szyjki przenosi się na wyżej leżące narządy. Według statystyki Bumma dzieje się to w 23% przypadków.

Dok. nast.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Szczepan MIKOŁAJSKI. Lwów.

Zwalczanie gruźlicy w Województwie lwowskiem.

(Referat wygłoszony na Zieździe lekarzy urzędowych Małopolski wschodniej w dniu 7. marca 1926).

W końcu r. 1924 powstał w Warszawie Związek Przeciwgruźliczy, jako zespolenie Towarzystw przeciwgruźliczych w miastach: Warszawie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu, i Wilnie.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia okólnikiem do Województw z dnia 6. lutego 1925 Nr. Z. H. 277 zawiadomiła o tej nowej organizacji i zaznaczyła, że należy dążyć do wciągnięcia do współpracy czynników społecznych i samorządowych, a w siedzibie każdego Województwa utworzyć Terytorjalne Towarzystwo Przeciwgruźlicze, obejmujące, obszar Województwa i mające po powiatach zakładać Koła miejscowe.

Okólnik ten zastał Województwo Lwowskie już od 8 lat zorganizowane do walki z gruźlicą na odmiennych podstawach. Istnieje tu mianowicie od r. 1916 półurzędowa organizacja walki z gruźlicą, polegająca na samodzielnych stowarzyszeniach po powiatach pod nazwą „Powiatowych Kół walki z gruźlicą" na których czele stoją z urzędu Starostowie, a do których Zarządu wchodzą również z urzędu: lekarz powiatowy, marszałek powiatu, burmistrz miasta powiatowego, dyrektor szpitala powszechnego, lekarz prowadzący przychodnię przeciwgruźliczą. Oprócz tych osób urzędowych zasiada w Zarządzie Koła 6 członków, wybranych przez Walne Zgromadzenie Towarzystwa. Każde Powiatowe Koło walki z gruźlicą opiera się na statucie normalnym, zatwierdzonym przez władzę i określającym szczegółowo zadania Towarzystwa. Jako władzę nadzorczą i kierowniczą wszystkich Powiatowych Kół walki z gruźlicą ustanawia statut Wojewódzką Komisję walki z gruźlicą i jej Komitet Wykonawczy, które są organami doradczemi Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia i obradują pod przewodnictwem Naczelnika tego Wydziału. Członków Komisji zaprasza Wojewoda, względnie delegują różne Instytucje, powołane do walki z gruźlicą, a w szczególności mają w niej urzędowych przedstawicieli: władza sanitarna, cywilna i wojskowa, Tymczasowy Wydział Samorządowy, Gmina m. Lwowa, Fizykat miasta Lwowa, Kuratorjum Okręgu Szkolnego, Okręgowy Urząd Ubezpieczeń, Okręgowy Związek Kas chorych, Dyrekcja Szpitala powszechnego i Dyrekcja Szpitala żydowskiego we Lwowie, Wydział Lekarski Uniwersytetu, Towarzystwo Higjeniczne, Towarzystwo walki z gruźlicą.

Wydział Zdrowia Publicznego, wsparty opinją Komisji, czuwa nad jednolitością akcji i wydaje polecenia służbowe starostom, jako przewodniczącym Powiatowych Kół walki z gruźlicą. W ten sposób ruch przeciwgruźliczy ma zabezpieczoną ciągłość bez względu na zmianę osób na stanowiskach urzędowych i posiada egzekutywę urzędową a zarazem powagę fachową.

Czynnik urzędowy państwowy jest tu ściśle zespolony z czynnikiem samorządowym z czynnikiem naukowym, z czynnikiem społecznym i z czynnikiem obywatelskim pod wspólnem kierownictwem Wojewódzkiej władzy sanitarnej. Pow. Koła walki z gruźlicą istnieją w 26 powiatach, a w 1 tylko powiecie prowadzi walkę z gruźlicą Towarzystwo Higjeniczne.

Oprócz półurzędowej organizacji rozwija działalność we Lwowie Koło lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą, jako stowarzyszenie prywatne.

Wobec takiego stanu rzeczy Wydział Zdrowia Publicznego po otrzymaniu okólnika z 6 lutego 1925 zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia o decyzję, czy ma się nadal utrzymać istniejącą od 8 lat półurzędową organizację walki z gruźlicą, czy też należy ją rozwiązać i ustąpić pola pracy przeciwgruźliczej prywatnemu Terytorjalnemu Towarzystwu Przeciwgruźliczemu, które Generalna Dyrekcja w siedzibie Województwa utworzyć zaleca, albowiem dwie organizacje: jedna półurzędowa, druga prywatna, obok siebie istnieć niemogą.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia orzekła reskryptem z dnia 23 czerwca 1925 Nr. T. H. 3250/25, że postanowiła zachować istniejącą półurzędową organizację na terenie Województwa lwowskiego i że dalsze istnienie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą uważa za niezbędne, natomiast Koło lwowskie Towarzystwa walki z gruźlicą powinno się przekształcić w Terytorjalne Towarzystwo przeciwgruźlicze wyłącznie dla obszaru miasta Lwowa.

W ten sposób Województwo lwowskie zachowuje nadal w walce z gruźlicą wyjątkowe stanowisko, gdy bowiem we wszystkich innych Województwach walkę tę organizuje się na podstawie prywatnych Terytorjalnych Towarzystw Przeciwgruźliczych, przez Rząd popieranych, w Województwie lwowskiem władza państwowa stoi na czele walki i przeprowadza ją z urzędu według pewnego planu a tylko dla miasta Lwowa ma powstać Terytorjalne Towarzystwo Przeciwgruźlicze, które na razie zastępuje Koło lwowskie Towarzystwa walki z gruźlicą.

Zadaniem idealnem organizacji naszej jest objęcie w opiekę sanitarną wszystkich chorych na gruźlicę, wydzielenie z pośród nich przypadków gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia, zatamowanie dróg do dalszego szerzenia zarazy, ułatwienie chorym stosownego leczenia i zapobieganie gruźlicy przez stosowne zarządzenia.

Do spełniania tych idealnych wskazań bardzo nam dzisiaj daleko, ale musimy zawsze ten cel mieć przed oczyma i zmierzać ku niemu konsekwentnie, nie zrażając się żadnemi przeszkodami.

W r. 1925 zarejestrowali lekarze urzędowi w całem Województwie 2.137 zachorowań na gruźlicę, niebezpieczną dla otoczenia, z czego 788 zachorowań przypada na miasto Lwów a 1.349 na powiaty.

Jakkolwiek cyfra ta przedstawia zaledwie cząstkę faktycznych zachorzeń na gruźlicę otwartą, jednak jest ona dość poważną i wykazuje, że w tutejszem Województwie obowiązkowe zgłaszanie gruźlicy już znaczne poczyniło postępy. Jeżeli bowiem przyjmiemy, że w Województwie jest wogóle około 70.000 chorych na gruźlicę, że $^1/_3$ część, czyli około 23.000 tych chorych jest niebezpiecznych dla otoczenia i że ta postać gruźlicy przeciętnie trwa przez 5 lat, powinniśmy mieć rocznie około 5.000 zgłoszeń gruźlicy, gdyby wszystkie zachorowania, niebezpieczne dla otoczenia, były zgłoszone. Dotychczasowy stan zgłoszeń ogarnął więc przypuszczalnie już przeszło $^1/_3$ część zachorzeń na gruźlicę, podlegających obowiązkowi donoszenia.

Najlepiej funkcjonuje donoszenie o zachorowaniach na gruźlicę w mieście Lwowie (788 zgłoszeń) i w powiatach: Bóbrka (163 zgł.), D ohobycz (108 zgł.), Przemyśl (134 zgł.), Sambor (115 zgł.), a do tych powiatów można doliczyć jeszcze powiat Mościska, skąd zgłoszono zachorowań tylko 50, ale skonów z gruźlicy 143, gdzie więc do zachorowań nie dodano całej liczby skonów, jak powinno się było uczynić.

Dobrze funkcjonuje donoszenie w powiatach: Jaworów (72 zgł., Lwów (88 zgł.), Łańcut (81 zgł.), Sokal (80 zgł.). W innych powiatach należałoby dopilnować większej dokładności w donoszeniach o gruźlicy otwartej. Najbardziej zaniedbanemi pod tym względem są powiaty: Brzozów (5 zgł.), Lubaczów (9 zgł.), Strzyżów (11 zgł.), Żółkiew (22 zgł.), Kolbuszowa (10 zgł. Nisko (20 zgł.), Rawa (22 zgł.).

Trzebaby przedewszystkiem w każdym powiecie wyjaśnić lekarzom ustawowy obowiązek donoszenia o gruźlicy, bo wielu lekarzy o tym obowiązku albo nic nie wie albo błędnie pojmuje przepisy ustawy z dnia 25 lipca 1919 w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych Dz. ust. R. P. Nr. 67 poz. 402.

Ustawa w art. 2 postanawia, że należy niezwłocznie donosić nie tylko o każdym przypadku zachorowania lub śmierci na choroby, wyliczone w art. 3, ale także o każdym przypadku, wzbudzającym podejrzenie co do którejkolwiek z tych chorób.

Jakkolwiek tedy w art. 3 przepisano obowiązek zgłaszania gruźlicy tylko w przypadkach, niebezpiecznych dla otoczenia, to jednak w myśl art. 2 obowiązek ten rozciąga się na wszystkie przypadki gruźlicy, co do których zachodzi podejrzenie, że są niebezpieczne dla otoczenia, a wolne od obowiązku donoszenia są tylko te przypadki, w których podejrzenie takie nie zachodzi.

Jeśli więc lekarz nie bada plwociny chorego, nie może to stanowić usp awiedliwienia, co do zaniechania doniesienia, był on bowiem obowiązanym donieść o tym przypadku, jako podejrzanym o niebezpieczeństwo dla otoczenia, a rzeczą lekarza powiatowego byłoby badanie plwociny chorego udostępnić i określić, czy jest to gruźlica otwarta.

Tembardziej tego rodzaju wymówki nie można przyjąć od Kas chorych, które w kwartalnych tabelach statystyczno-lekarskich wykazują znaczny ruch chorych gruźliczych a jednak o tych przypadkach zachorowań często nie donoszą.

Kasy chorych obowiązane są działać w kierunku zapobiegawczym i taka działalność leży także w ich interesie finansowym, jest więc dużem zaniedbaniem obowiązków, jeżeli u chorych kasowych nie przeprowadza się wszelkich badań, potrzebnych do ustalenia gruźlicy otwartej.

Jeszcze większe zaniedbania są co do doniesień o skonach z gruźlicy. W r. 1925 doniesiono w Wojew. lwowskiem o 1.721 skonach z gruźlicy, z czego 528 skonów przypada na miasto Lwów, a 1.193 na powiaty. W m. Lwowie w stosunku do 233,596 mieszkańców przypadało w r. 1925 na każde 10.000 ludności 22·6 skonów z gruźlicy. Po powiatach odsetka skonów z gruźlicy była zapewne niższą, lecz chyba nie o wiele niższą, niż we Lwowie. Tymczasem tylko w 2 powiatach, mianowicie w powiatach: Bóbrka i Mościska, liczba zgłoszonych skonów z gruźlicy zbliża się do skali śmiertelności z gruźlicy we Lwowie. Z powiatu Bóbrka zgłoszono 152 skony, co w stosunku do 83.289 mieszkańców powiatu stanowi 18·2 skonów na każde 10.000 ludności. W powiecie Mościska, liczącym 84.076 mieszkańców, zmarło na gruźlicę 143 osoby), czyli przypadało 17 skonów na każde 10.000 ludności. We wszystkich innych powiatach wypadało od 0·5 (Nisko) do 9·8 (Przeworsk) skonów na 10.000 ludności.

Zdaje się, że lekarze powiatowi w Bóbrce i Mościskach kontrolują odpisy ksiąg zmarłych i tą drogą osiągnęli dokładność raportów o skonach z gruźlicy.

Kontrolę faktycznej liczby skonów z gruźlicy uzyskali lekarze powiatowi w Małopolsce od r. 1926 przez wgląd z urzędu w kwartalne wykazy statystyczne urzędów parafjalnych o ruchu ludności na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 1 kwietnia 1925 Dz. ust. R. P. Nr. 40 poz. 273. W Województwie lwowskiem będziemy na to nalegali, aby lekarze powiatowi co kwartał poświęcili parę dni czasu i w osobnym wyciągu zestawili dokładne dane, ważne dla stosunków sanitarnych, jak to i przed wojną miało miejsce.

W ten sposób każdy lekarz powiatowy uchwyci faktyczną liczbę skonów z gruźlicy w każdym ubiegłym kwartale a o ile będzie ona w pewnej gminie odbiegała od zgłoszonej liczby skonów z gruźlicy, pociągnie naczelnika gminy do odpowiedzialności. Nie będziemy już nadal szli po omacku, lecz będziemy wiedzieli dokładnie, jak wysoką jest śmiertelność z gruźlicy w poszczególnych powiatach i czy ona wzrasta, czy maleje.

Błędne jest mniemanie, że statystyka gruźlicy ma tylko teoretyczne znaczenie, gdyż art. 11 ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych nie zalicza nawet gruźlicy otwartej do tych chorób zakaźnych, przy których władze administracyjne mają prawo wydawać zarządzenia zapobiegawcze.

Statystyka łączy się tu z ewidencją imienną chorych gruźliczych a lekarz powiatowy ma rozległe pole pożytecznej pracy wprawdzie nie drogą nakazów lub zakazów, ale drogą pouczeń, życzliwych rad i wskazówek. Doświadczenie stwierdziło, że tą drogą w niektórych powiatach czyni się dużo dobrego.

Niema pod tym względem różnicy zdań, że walka z gruźlicą u nas wymaga przedewszystkiem uświadamiania mas ludowych o gruźlicy.

Urząd Wojewódzki we Lwowie ujął tę propagandę w pewien system i w tym roku wyznaczył ostatni tydzień maja na masową agitację na zebraniach, które we Lwowie organizuje Towarzystwo Higjeniczne a w powiatach mają przeprowadzić lekarze powiatowi przy pomocy lekarzy miejskich i okręgowych oraz lekarzy Kas chorych.

Podano z urzędu dyspozycje co do treści odczytów a wkrótce wyjdzie staraniem Towarzystwa Higjenicznego rozprawka o gruźlicy dla włościan, którą będzie się rozpowszechniało. Równocześnie tydzień przeciwgruźliczy będzie przeznaczony na składki w celu uzyskania funduszów dla Powiatowych Kół walki z gruźlicą.

Zresztą narzekania na brak środków finansowych obecnie już nie wytrzymują krytyki. Samorządy miast i powiatów wstawiły w budżet tegoroczny zasiłki na walkę z gruźlicą. Powiatowe Kasy chorych zobowiązano do subwencjonowania Przychodni przeciwgruźliczych, a w kilku powiatach zdołano także publiczność pobudzić do ofiarności. Wszystko zależy od pomysłowości i ruchliwości lekarza powiatowego, który właśnie na polu walki z gruźlicą ma najlepszą sposobność wykazania swej sprawności służbowej.

W województwie lwowskiem posiadamy już w każdym powiecie Przychodnie Przeciwgruźlicze. W Przychodniach tych rozróżnić należy różne typy. Przychodnie w większych miastach, a zatem w Drohobyczu, Przemyślu, Jarosławiu, Samborze, Sanoku i w Rzeszowie, muszą odpowiadać pewnym minimalnym wymogom, posiadać osobny lokal, pracownię mikroskopową, lampę kwarcową, a w niedalekiej przyszłości także aparat Roentgena, muszą też mieć wyszkoloną wywiadowczynię a ruch chorych ująć w pewne jednolite normy.

W innych powiatach o ludności prawie wyłącznie rolniczej, w których liczba chorych gruźliczych jest stosunkowo niewielka, byłoby przesadą żądać koniecznie osobnego lokalu dla Przychodni, w której przez dłuższy czas najwyżej przeciętnie jeden chory dziennie zjawi się do zbadania. Tu najzupełniej wystarczy jedna lub dwie godziny ordynacyjne w tygodniu w lokalu czy to lekarza powiatowego, czy w szpitalu powszechnym, czy u lekarza miejskiego a dopiero gdy ruch chorych się wzmoże, będzie pora myśleć o osobnym lokalu i wywiadowczyni.

Jeżeli takie drobne zawiązki nazywamy Przychodniami przeciwgruźliczemi, czynimy to dla tego, aby nawet w tych wątłych początkach wprowadzić i ugruntować metodę społecznej walki z gruźlicą, to jest tę metodę, którą Przychodnie przeciwgruźlicze zorganizowały i ustaliły, a która powinna i musi w przyszłości być stosowaną przez wszystkich lekarzy, zajmujących się leczeniem chorych na gruźlicę.

Podstawową zasadą tej metody jest, że nie wolno chorego na gruźlicę leczyć odrębnie, jako jednostkę, lecz musi się wniknąć w środowisko, w którem chory żyje i pracuje, musi się dociekać źródła zakażenia, jak w każdej innej chorobie zakaźnej i musi się równocześnie z leczeniem jednostki wydać zarządzenia, mające na celu zapobieganie dalszemu szerzeniu zarazków gruźlicy.

Bez sumiennych badań mikroskopowych plwociny nie da się już obecnie pomyśleć leczenie i zwalczanie gruźlicy. Na razie wyręcza lekarza w tem badaniu Państwowy Zakład Higjeny we Lwowie, który je przeprowadza bezpłatnie dla Przychodni przeciwgruźliczych.

Dla większych miast wzorem Przychodni może być Przychodnia Koła lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą, którą lekarze powiatowi dokładnie poznać powinni.

Przychodnia lwowska ma jednak pewne udogodnienia, któremi Przychodnie na powiatach nie rozporządzają. Ludność Lwowa w 80% jest ubezpieczoną bądź to w Kasach chorych, bądź

ZESTAWIENIE LICZBOWE
czynności Przychodni przeciwgruźliczych w Województwie lwowskiem za lata 1922—1925.

	1921	1922	1923	1924	1925	Ogółem:
Liczba przychodni z końcem roku						
ogólna		22	22	27	34	34
czynnych	19	19	19	21	31	31
Liczba przyjęć w przychodni	2.451	4.062	4.515	3.766	6.550	21.344
Liczba udzielonych porad						
ogółem	8 874	9·489	11.550	14·339	15.482	59.734
dzieciom do lat 15	4 752	3.992	3.004	1 684	1.761	15.193
Liczba przyjętych chorych						
nowych	2 332	2·415	2 639	2 727	3.958	14 071
dawnych	6.542	4 056	5.904	5 299	5.242	27,043
Liczba prób tuberkulicznych						
ogółem	1 810	756	584	4 3	183	3.726
dodatnich	1.451	264	288	183	143	2 529
ujemnych	359	472	296	230	40	1.597
Liczba badań plwociny						
ogółem	686	1.634	1.822	1·425	2 111	7 678
dodatnich	257	454	498	528	714	2.231
ujemnych	449	1.178	1.524	1.197	1.597	5.545
Liczba badań moczu	860	1·396	1.850	1.364	1.168	6.618
Liczba skierowanych do						
szpitali	183	209	225	283	270	1.170
uzdrowisk	315	275	455	451	590	2.066
Liczba odwiedzin wywiadowczyń	1.273	4.566	6.167	4 771	3.554	20.321
Wydatki przychodni Zapomogi w gotowce						
na rozmaite cele Mk.	4.298	407 620	18,399.000	—	—	—
przeliczone na złote	15·35	599 63	160.10	—	8.911	9 486·08
Na lekarstwa Mk.	46.425	558 648	134,333.620	—	—	—
przeliczone na złote	165·80	547 70	1.168·97	632	2.942	5.456·47
Lokal, światło, opał w Mk.	111.585	1,468.823	106,597.596	—	—	—
przeliczone na złote	398·53	1.400	927.35	1.416	36 52	7.793·88
Pensje						
Lekarzy w Mk.	135.940	490.300	73,931.000	—	—	—
przeliczone na złote	485·50	480·69	642·47	2.641	9.359	13.608·66
wywiadowczyń w Mk.	155.650	863.206	184,139.000	—	—	—
przeliczone na złote	484 40	846·28	1.602 38	1·425	6.700	11.058·06
służby w Mk.	33.266	360.873	25,642.000	—	—	—
przeliczone na złote	118·81	353·79	233·11	1 525	2.789	5.009·71
Różne w Mk.	203.003	1,033.112	334,073.239	—	—	—
przeliczone na złote	725·—	1.012·85	2.907·10	1 603	3.901	10 148 95

w innych analogicznych instytucjach. Te organizacje ubezpieczeniowe płacą Przychodni za świadczenia dla chorych. W powiatach tylko nieznaczna część ludności jest ubezpieczona na wypadek choroby i tam świadczenia Przychodni muszą być bezpłatne.

Tak we Lwowie, jak w wymienionych większych miastach wywiadowczyni jest nieodzowną siłą pomocniczą.

Jak radzić sobie w małych miasteczkach i wsiach, jest zagadnieniem, które wymaga dyskusji. Temat ten wprowadzamy na porządek dzienny II. Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego we Lwowie i Wojewódzkiego Zjazdu, który się odbędzie w wilję Zjazdu ogólnego. Powołujemy do wygłoszenia korreferatów na ten temat lekarzy powiatowych we Lwowie, Samborze i Sanoku.

W dotychczasowych pracach przeciwgruźliczych najwięcej odznaczyli się Dr. Chuderski z Sambora i Dr. Dorosz z Sanoka. Obaj otrzymali uznania pisemne z Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Zasługi także innych lekarzy powiatowych nieuszły uwagi Urzędu Wojewódzkiego, który dla kilku z nich wydał pisma pochwalne. Dr. Dorosz, którego poczynania Generalna Dyrekcja

Służby Zdrowia w okólniku do Wojewodów postawiła jako wzór dla wszystkich lekarzy urzędowych w Polsce, usiłuje wcielić w życie system Edingburski, mianowicie, mając do dyspozycji szpital powszechny, zamierza z Przychodnią w osobnym budynku złączyć sanatorjum małe pod Sanokiem.

W powiatach rolniczych zamiast wywiadowczyń będzie można używać doradców sanitarnych przy sposobności komisji epidemicznych. W powiecie lwowskim zamierzają lekarze powiatowi posługiwać się personalem kolumny desinfekcyjnej.

Poza tem lekarze powiatowi muszą osobiście przy podróżach służbowych starać się zwiedzać domostwa, zakażone gruźlicą. Pomocnymi być im powinni lekarze miejscy i okręgowi.

Wyniki walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem za ubiegłe pięciolecie przedstawia cyfrowe zestawienie ruchu chorych.

Są to wyniki, zachęcające do dalszej usilnej pracy na tem polu.

OCENY.

Dr. Juljusz Flesch. *Berufskrankheiten des Musikers.* Poradnik zawodowy dla muzyków, nauczycieli muzyki, lekarzy i rodziców. Nakład Niels Kampmanna; Celle 1925. Stronic 212, cena oprawna 5 R. M.

Lekarz wiedeński Dr. Juljusz Flesch, brat słynnego wirtuoza skrzypka i pedagoga prof. Karola Flescha w Berlinie, który w ostatnim sezonie koncertował także w miastach polskich, opracował w wyż wspomnianej książce dziedzinę stojącą na pograniczu muzyki i medycyny. Daje w niej przegląd najważniejszych chorób zawodowych u muzyków łącznie z radą i wskazówkami celem ich zwalczania. Autor, sam czynny jako pedagog muzyczny, posiada zasobne doświadczenie tak wśród sfer artystów, jakoteż wśród adeptów sztuki muzycznej. Jesteśmy w posiadaniu przeróżnych dzieł i rozpraw omawiających szczegółowo warunki pracy i stosunki higieniczne różnych zawodów pracowników, jakoteż uczącej się młodzieży, autor zaś chciałby swą pracą wypełnić lukę w tym względzie w dziedzinie muzyki, przedstawiając w swem dziełku nietylko zawodowe choroby u muzyków, ale nadto dając cenne wskazówki i wady stanowiące drogowskaz dla młodzieży poświęcającej się muzyce. W pierwszych rozdziałach przedstawia autor stosunki anatomo fizjologiczne mające znaczenie dla muzyków, a więc stosunki anatomo fizjologiczne mięśni, nerwów, oraz ośrodków mózgowych dotyczące muzyki, szkicuje narząd słuchu i jego stosunek do innych zmysłów, wspomina o pamięci muzycznej, zastanawia się nad budową krtani i oddechem u śpiewaków, wreszcie nadmienia o dziedziczności i usposobieniu muzycznem. Najbardziej dziedziczne usposobienie rodzinne stanowi zdolność muzykalna. Rozdział o higienie nauczania jest równie ważny dla pedagogów jak i dla lekarzy, taksamo podany szereg cech znamionujących *(stigmata)* zawodowych muzyków.

Część druga książki zawiera przegląd różnych zaburzeń chorobowych u muzyków. Z pomiędzy tych pierwsze miejsce zajmują nerwice czynnościowe wywołujące niezborność *(ataxia)*, następnie zmiany w mięśniach i ścięgnach, w stawach, skórze i kościach występujące u wykonawców sztuki muzycznej. Nie omija też autor zmian w kręgosłupie i klatce piersiowej u ludzi oddających się zawodowo muzyce. Osobny rozdział poświęcony jest nerwicom i zaburzeniom sercowym. Osobom dotkniętym wadą sercową lub rozwiniętą chorobą Basedowa należy stanowczo odradzić karjery wirtuozowskiej, w której występy estradowe są połączone z dużem wyczerpaniem fizycznem jakoteż duchowem. Do niedawna jeszcze utrzymywał się pogląd w medycynie, że trębacze okazują pewną skłonność tak do schorzeń płuc jakoteż krwotoków płucnych. Tymczasem w nowszych czasach różni autorowie jak Fischer, Pretin, Leibkind i Jagie we Wiedniu zajęli wprost przeciwne stanowisko i wykazali licznemi i ścisłemi badaniami, przeprowadzonemi na muzykantach wojskowych, trębaczach różnych orkiestr, jakoteż na dmuchaczach w hutach szklanych, że zdanie to było mylne. Jedyną zmianą, jaka dała się stwierdzić u tych muzyków, było tylko wyrównanie dołków nad- i podobojczykowych. Ci sami autorowie doszli również przy użyciu prześwietlań Roentgena do przekonania, że nieuzasadnionem było pierwotne zdanie, jakoby granie na dętych instrumentach lub fletach miało wywołać rozedmę płuc. Z powodu napięcia mięśni brzusznych przy dęciu w trąby i wzmożonem działaniu tłoczni brzusznej tylko wrota przepuklinowe trębaczy są narażone na rozszerzenie, zwłaszcza w przypadkach, gdzie już istnieje pewna predyspozycja do przepuklin. Natomiast śpiew w wysokich tonach więcej naraża płuca na duszność i krwotoki. Tosamo niebezpieczeństwo grozi także aktorom. Molière zmarł z powodu krwioplucia po mistrzowskim i z przejęciem się zagranym „Chory z urojenia". Krwotoki mogą też zdarzać się u czelistów, skrzypków i t. p., ponieważ instrument silnie przyciskają do piersi. Badania roentgenologiczne serca u trębaczy i śpiewaków nie wykazały w tym narzadzie niepomyślnych zmian.

W osobnych rozdziałach omawianego dziełka zestawione są zaburzenia słuchowe u muzyków, jakoteż wzrokowe, uwydatniające się przy czytaniu nut podczas grania i dyrygowania, oraz zapalenia ócz u artystów filmowych wskutek działania zbyt jaskrawego światła. Wreszcie są bardzo szczegółowo opisane zaburzenia głosowe u śpiewaków, ich katary, nerwice jakoteż tak zwane guzki śpiewaków, usadowione najczęściej na granicy przedniej i średniej części więzadeł głosowych i zdarzające się zwłaszcza u śpiewaczek sopranistek z wysokim rejestrem. W krótkim rozdziale autor porusza życie płciowe artystów. Już Ramazzini *(de morbis artificum diatribe* 1700) wypowiedział zdanie, że śpiewacy, którzy chcą zachować czystość głosu, powinni być umiarkowani w uciechach miłości.

Następnie omawia autor psychonerwice i psychozy u artystów, jak *paranoia reformatoria, pseudogenia* i *dégénerés superieurs,* wreszcie zaburzenia amuzyczne tak psychonerwowe jak i organiczne z powodu organicznych schorzeń mózgowych. Zaburzenia amuzyczne motoryczne mogą być *agrafia et apraxia musicalis, amusia instrumentalis, amusia vel cantus avocalis.* Do amuzji sensorycznej należy głuchota muzyczna, ślepota nutowa, *amusia amnestrica,* przytem autor opisuje kilka przypadków tego rodzaju z własnej kazuistyki. Z zajęciem każdy przeczyta ostatnie rozdziały w których autor kreśli stanowisko wirtuoza muzyka w życiu społecznem, które za czasów Haydna, Mozarta i Schuberta było jeszcze bardzo podrzędne. Schubert w czasie swego pobytu u hr. Esterházego zasiadał przy stole z czeladzią domową. Krótki rozdział omawia znaczenie muzyki jako środka leczniczego; słuchanie muzyki jest środkiem wzmacniającym narząd krążenia, wywołującym żywszą przemianę materji i ukojeniem dla cierpień cielesnych i duchowych. Rozdział ostatni zajmuje się nauką muzyki jako środkiem estetycznego wychowania. Zestawienie dotyczącej literatury zajmuje pełne cztery stronice.

Dr. Fels (Lwów).

Dr. Aleksander Oszacki, docent Uniw. Jagiell. *Choroby przemiany materji i energji u człowieka.* Kraków 1925.

Książka Oszackiego pod powyższym tytułem stanowi pierwszą próbę polskiego oryginalnego podręcznika, dotyczącego sprawy spalania i przyswajania w ustroju. Posiadamy w literaturze angielskiej, francuskiej, niemieckiej i włoskiej liczne dzieła, że wspomnieć o Lusk'u, Morel'u, Leydenie, Noordenie, Moritz'u Cantinim posiadamy, i tłumaczenie Moritza przez H. Landaua dokonane, ale oryginalnych dzieł prócz dietetyki chorób żołądkowych prof. W. Jaworskiego prawie nie było. Książka Dr. Oszackiego wypełnia zatem potrochu tę lukę. Jest ona nadto próbą fizjologji i patologji żywienia i połowa podręcznika poświęcona jest omawianiu zasad chemicznych odżywiania i spalania ustroju. W tych rozdziałach autor wykazał znajomość najnowszych zdobyczy wiedzy i niepośledne oczytanie. Omówiwszy chemizm spalania białek, węglowodanów i tłuszczów i zdolność przechodzenia jednych w drugie, autor omawia znaczenie wody i soli i przechodzi do tak zwanej biodynamiki, w której rozważa szczególnie wartości kaloryczne i zużytkowanie tych wartości przez ustrój. Tu w osobnym oddziale omawia porównawcze wartości spalenia, to jest spalania w czasie spoczynku, w czasie trawienia i w czasie pracy, przyczem spalanie zasadnicze, czy podstawowe (basal metabolism) rozpatrywane jest w zależności od cech indywidualnych.

Rozdział trzeci poświęcony jest siłom regulującym spalania i przyswajania. Tu autor roztrząsa, głównie wpływ gruczołów dokrewnych, poczem w następującym rozdziale zastanawia się nad wpływem konstytucji, czy usposobienia ustroju. Przy tej sposobności zaczepia o prawa dziedziczności, które przedstawia w ich najważniejszych zarysach. W piątym rozdziale przechodzi autor do omawiania praw odżywiania i swoistych cech ustroju. Bardzo dużo tu własnych interesujących zapatrywań i umiejętnych streszczeń zapatrywań cudzych, szczególniej amerykańskich badaczów, których wyniki znalazły szerokie zastosowanie w ilustrowaniu praw odżywiania. Na mocy tych doświadczeń i własnych czasami może niezupełnie usprawiedliwionych teoryj układa autor bilans wydatków, licząc się z wagą ciała, jego powierzchnią i indywidualnem usposobieniem. Następne rozdziały traktują o specjalnych zboczeniach spalania i przyswajania, mianowicie o chudnięciu i tyciu. Autor odróżnia trzy gatunki tycia: gruczołowe, żywnościowe i rozrostowe, t. j. tycie zależne od konstytucji, od odżywienia i od bujania podściółki tłuszczowej, przyczem rozważa wpływ tak zwanej przez siebie blokady tłuszczów, t. j. niezdolności zużytkowania tłuszczu endo lub ekzogenetycznego. W osobnym rozdziale (IX.) mówi autor o rozmieszczeniu tłuszczu na ciele, które zależnie od rozmaitego rodzaju tycia, rozmaitem bywa. Formy otyłości tarczycowe, nasadkowe, i t. p. osobno szczegółowo omawia autor w tym

rozdziale, poczem w ostatnim rozdziale zajmuje się terapją otyłości i chudnięcia.

Autor dzieło to uważa za część pierwszą, dalsze części poświęcić ma zamiar chorobom: cukrowej nerkowej i t. p.

Z tego, co dotąd przedstawiono, widać że autor zakreślił sobie plan szeroki i szerokie założył do dzieła tego podstawy. Możnaby zarzucić rozwlekłość w niektórych rozdziałach i powtarzania się częste, w innych zaś może zbytnią zwięzłość jak wspomniano wyżej, niektóre zapatrywania wyrażone z wielką stanowczością, są może zamało uzasadnione, ale w ogóle autor opiera się na doświadczeniach dobrze zrozumianych i ocenionych i uwzględnia przytem najnowsze poglądy naukowe. Książka jego nosi cechy indywidualności, pomimo biernych cytat i daje bardzo dużo do myślenia. Napisana jest, żywo i zajmująco, a przytem ściśle naukowo. Jest to cenny nabytek naszej literatury naukowej i pierwsza książka traktująca o tym przedmiocie ze stanowiska nowych teoryj.

Niestety autor bardzo sobie lekceważy formy językowe. Oprócz tych aż nadto popularnych błędów jak „w pierwszym rzędzie" zamiast przedewszystkiem, albo „z reguły" zamiast zazwyczaj — używa autor negacji z czwartym przypadkiem, zamiast z drugim; pisze, że miał sposobność obserwować, zamiast obserwowania, i nic sobie nie robi z neologizmów. Słowa, jak infantylka" str. 435 „gruźlityk" str. 329 „sedentarny" str. 401, są nielicznemi kwiatkami, uszczkniętemi na bujnym zagonie. Naturalnie że autor szuka „za czemś" zamiast „czego", że zasługi pokłada „około" zamiast „dla", że nie gardzi „ewentualnością" paralelizmem, że ekstrachuje, ba nawet na str. 308 podściółce tłuszczowej każe zabierać głos. Przypuszczam, że te niedopatrzenia jak ortografja „Gerwais" lub „Chauwean" znikną przy należytej korekcie.

M. Moraczewski. (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Liječnički Vjesnik. (Zagrzeb).

Rok 1925. Rocznik 47. Zeszyt 1.

Prof. Dr. L. Stanojević: *„O wpływie leczniczym gorączki na asocjacje paralityków"*. (c. d. n.). Dr. K. Milobar: *„O robakach i ich roli w patologji narządów trawienia"*. (c. d. n.). Dr. Z. Nižetić: *„Kliniczne doświadczenia przy operacjach katarakty z akinezą"*. Dr. J. Bodehnar: *„Bardzo rzadki przypadek uszkodzenia przełyku"*. Dr. S. Hofman: *„Uwagi o radiodiagnostyce ograniczonego, wysiękowego zapalenia osierdzia"*. Dr. I. Koprić: *„Zastosowanie chinoterpiny w ginekologji"*. Doc. Dr. A. Grgurina: *„Tipp" metoda. (Metoda bezpośredniej i dotykowej perskusji do progu podrażnienia)*. Dr. A. Rozmarić. *„Samobójstwo czy morderstwo"*. Dr. J. Rogina *„Alastrim"*. Sprawozdania z piśmiennictwa. Oceny. Przegląd bibliograficzny (Polska Gazeta lekarska).

Zeszyt 2.

Doc. Dr. S. Sofoterov: *„Cechy anatomo-embrjologiczne partis pyloro-duodenalis przy wysokiem i niskiem ułożeniu ductus omphalo-mesentericus"*. Prof. Dr. M. pl. Čačković: *„Szew Biera przy gastroenterostomji"*. Prof. Dr. L. Stonojević: *„O wpływie leczniczym gorączki na asocjacje paralityków"* (dok). Dr. K Milobar: *„O robakach i ich roli w patologji narządów trawienia"* (dok.). Dr. A. Culek: *„Przypadek cukrówki leczonej iniliną"*. Sprawozdania z piśmiennictwa. Oceny. Bibliografia. Dodatek: Sprawy zawodowe i społeczne. Posiedzenia i zjazdy. Kronika.

Zeszyt 3.

Dr. J. Raćić: *„Przyczynek do znajomości kamieni pęcherzowych i nerkowych w Dalmacji"*. Doc. Dr. E. Radošević: *„Procesy biochemiczne w zębie"*. Dr. V. Scholler: *„O wysięku opłucnowym przy sztucznej odmie piersiowej"*. Dr. P. Rismondo: *„O rzadkości występowania bąblowca w narządach płciowych kobiecych"*. Doc. Dr. Grgurina: *„O równoczesnem mierzeniu ciepłoty w różnych okolicach ciała"*. Kronika.

Zeszyt 4.

Doc. Dr. I. H. Botteri: *„O anafilaksji bąblowcowej"*. Dr. J. Cholewa: *„O doświadczalnym blastomie białej myszy"*. Doc. Dr. B. Špišić: *„O leczeniu chirurgicznem ciężkich zniekształceń krzywicowych kości goleniowej"*. Dr. H. Kleebinder: *„Rak, mięśniak i metropatja"*. Prof. Dr. S. Plasaj: *„Przyczynek do znajomości zakażeń człowieka Corynebakterium necrophorum* (Flüge) L. i N.". Dr. R. Fischer: *„Doświadczenia z nowemi przetworami przeciwrzeżączkowemi i przeciwkiłowemi"*. Dr. Lj. Dezšo: *„Kilka przypadków z dziedziny pokrewnej odontologji"*. Doc. Dr. A. Šercer: *„Instytut narodowy dla głuchoniemych w Paryżu i opieka społeczna nad głuchoniemymi we Francji"*. Kronika.

Zeszyt 5.

Dr. V. Florschütz: *„O wskazaniach do gastroenterostomji i resekcji przy wrzodach modzelowatych żołądka"*. Dr. M. Grossmann: *„Wpływ kamfory i hexetonu na serce ludzi i zwierząt"*. Dr. M. Krmpotić: *„O eozynofilji"*. Dr. J. Šil: *„Leczenie cukrzycy środkami roślinnemi"*. Prof. Dr. L. Stanojević: *„Opieka nad dziećmi z zaburzeniami mowy i jej znaczenie w naszym kraju"*. Dr. M. Armiński: *„Dowód mechanicznego pochodzenia klinowatego zniekształcenia zębów"*. Dr. K. pl. Farkaš: *„Wrażenia z podróży naukowej do Paryża, z szczególnem uwzględnieniem dermato-venerologji"*. Kronika.

Zeszyt 6.

Dr. J. Raćić: *„Przyczynek do poznania bąblowca nerki w Dalmacji"*. Dr. J. Fleger: *„O ezofilaktycznej czynności skóry"*. Dr. S. Vidaković: *„Wyniki leczenia roentgenem w ginekologji"*. Dr. V. Pliverić: *„Uzasadnienie resekcji przy wrzodzie gastroduodenalnym przebijającym do jamy otrzewnowej"*. Dr. A. Rosmarić: *„Otitis media suppurativa"*. Dr. J. Dobrodolać: *„Ulcus duodeni"*.

Zeszyt 7.

Dr. A. Medanić: *„Zamknięcie dwunastnicy kamieniami żółciowemi. Wrzód curvatura major z przebiciem do śledziony"*. Dr. M. Schlesinger: *„Stan obecny psychoanalizy"*. Dr. M. Kornfeld: *„Przypadek taenia nana przy sekcji"*. Dr. B. Popović: *„Przewlekłe krwawienie z nosa. Przyczynek kazuistyczny"*. Doc. Dr. A. Grgurina: *„Różniczkowe rozpoznanie zjawisk akustycznych autochtonnych i przeniesionych"*. Dr. B. Banjanin: *„Przypadek otogennego, głębokiego, extraduralnego ropnia, przebiegającego pod obrazem ostrego, ropnego zapalenia błędnika.* Prof. Dr. O. Stanojević: *„Noktal jako środek nasenny dla zdrowych i umysłowo chorych"*.

Zeszyt 8.

Dr. Doc. R. Bujas: *„Sugestywna analgezja"*. Dr. A. Blašković: *„Zapalenie cewki kobiecej"*. Dr. V. Lušić-Matković: *„Uproszczone leczenie po wyjęciu zaćmy"*. Dr. R. Dolinšek: *„Pęknięcie namiotu u płodu"*. Dr. A. Car: *„Dziura w plamce żółtej"*. Dr. V. Derkać: *„Zwichnięcie zwapniałej soczewki do przedniej komory"*. Dr. O. D. Günsberger: *„Miejscowa chemjoterapja zakażenia rzeżączkowego"*. Dr. Lj. Jurinać: *„Czkawka nagminna"*. Dr. K. Sztraka: *„Leczenie krwawnic posterizanem"*.

Zeszyt 9. poświęcony medycynie antroposoficznej.

Dr. S. Ž. *Słowo wstępne*. Dr. E. Schickler: *„Przyczynek do historji i odrębności kierunku w medycynie, poczętego w Goetheanum"*. Dr. S. Župić: *„Podstawy wiedzy antroposoficznej"*. Dr. E. Kolisko: *„Potrójny ustrój ciała ludzkiego"*. Dr. K. Dajćeva: *„O podstawach antroposoficznych farmakologji"*. Dr. K. Dajćeva: *„Współczesne zagadnienia w świetle medycyny nastrojonej antroposoficznie"*. Dr. E. Kolisko: *„Jeszcze kilka słów o człowieku jako istocie o potrójnym ustroju"*. Dr. S. Župić: *„Antroposofia. Much i Coué.*

Zeszyt 10.

Prof. Dr. J. Budisavlević: *„Wrzód trawienny jelita czczego"*. Prof. Dr. L. Stanojević: *„Wartość praktyczna obecnych metod badania inteligencji w przypadkach sądowych"*. Dr. V. Altmann: *„Leczenie dolegliwości okresu przekwitania i innych dysfunkcji jajnikowych naświetlaniami pr. X przysadki mózgowej"*. Dr. M. Grossmann: *„Chinina, jako środek dla badania czynnościowego wątroby"*. Dr. J. Stein: *„Urethritis simplex non gonorrhoica"*. Prof. Dr. D. Mašek: *„Opieka nad dziećmi z zaburzeniami mowy i jej znaczenie w naszym kraju"*. Dr. M. Kolibaš: *„O rozszerzaniu się wola w dolinie Drawy i w okolicach Czarnego Wierchu"*.

Zeszyt 11.

poświęcony uczczeniu 1000 letniej rocznicy Królestwa Chorwackiego.

Doc. Dr. A. Šercer: *„Udana anastomoza hypoglosso-facialis"*. Dr. M. Krmpotić: *„Haematologiczne różnicowanie choroby Hodgina"*. Prym. Dr. Fr. Minar: *„Trzy ciekawe przypadki wrodzonych zniekształceń"*. Dr. Stj. Vidaković i Dr. R. Dilinšek: *„Chondrodystrophia facialis"*. Dr. M. Grossmann: *„Trinitrina"*. Dr. T. Fodor: *„O podmiotowem uczuciu względności czasu"*. Prym. Dr. B. Peričić: *„O drżeniu hydatidowem i leczenie torbieli bąblowcowych"*. Dr. V. Derkacz: *„O niektórych osobliwościach przebiegu jaglicy u kiłowych.* Dr. O. D. Günsberger: *„O leczeniu rzeżaczkowego zapalenia przyjądrzy"*. Dr. A. Car: *„Przyczynek do mięsaka oczodołu"*. Dr. Ž. Hahn: *„O lecznicach ubezpieczenia społecznego w Królestwie SHS.*

Zeszyt 12.

Prof. Dr. G. Holzknecht: *„Leczenie promieniami X zapaleń samoistnych, urazowych i pooperacyjnych"*. Doc. Dr. K.

Kühn: *„Szkodliwy wpływ promieni słonecznych na oko"*. Dr. Vj. Kušan: *„Przyczynek do kazuistyki samoistnej odmy piersiowej"*. Dr. M. Velićković: *„Przypadek graviditas interstitialis"*. Dr. Z. Nižetić: *„Przyczynek do ophtalmia sympatica leczonej salvarsanem"*. Dr. V. Vujasinović: *„O poziomie cukru we krwi po podaniu węglowodanów przez odbytnicę"*. Dr. Lj. Stein: *„Ciężka zgorzel po wstrzyknięciu sublimatu"*. Doc. Dr. A. Šercer: *„Wrażenia z Włoch"*. Dr. M. Gross: *„Zarys balneoterapeutyczny o zdrojowisku Rogaška Slatina"*.

Czterdziesty siódmy rocznik (1925) chorwackiego pisma lekarskiego p. t. „Lijećnički Vjesnik" przedstawia się nader dodatnio, nawet rzec można okazale. Jak z powyższego zestawienia bibliograficznego widać dział oryginaljów jest obfity i doborowy. Spostrzeżenia z praktyki ciekawe. Sprawozdania z piśmiennictwa podawane umiarkowanie, ale z wyborem. Sprawozdania z posiedzeń i zjazdów dają dokładny obraz ruchu w kraju i zagranicą. Dużo miejsca poświęcono sprawom zawodowym i medycynie społecznej. Jako rzecz praktycznie niezmiernie celową i doniosłą podnieść należy, że do każdej pracy dodany jest autoreferat w języku francuskim, niemieckim lub angielskim. Przez to Lijećnički Vjesnik może być wyłożonym w każdej czytelni zagranicznej i być dostępnym obcemu czytelnikowi.

Bogatej treści odpowiada staranna szata zewnętrzna.

Medizinische Klinik.

1926. Nr. 7.

K. Gutzeit: *Nowsze zdobycze z zakresu diagnostyki roentgenologicznej nadbrzusza.* Trudność otrzymania zdjęć kamieni żółciowych polega na dużej absorbcji promieni przez ścianę woreczka i jego treść, a także przez ściany jamy brzusznej. Wedle doświadczenia autora wystarcza warstwa parafiny 10 cm grubości, aby nie wyszły na płycie kamienie cholesterynowe i bilirubinowe w woreczku wyłuszczonym. Zaledwie 5% kamieni w przypadkach niewątpliwej kamicy można wykazać. Postęp stanowi możność wywołania odruchu skurczowego woreczka po podaniu $MgSO_4$ do dwunastnicy bądź po wstrzyknięciu podskórnem pituglandolu lub preparatu cholinowego, które pozwala na określenie czy mamy do czynienia z woreczkiem niezmienionym, zdolnym do kurczenia czy też marskim. Wprowadzona przez Grahama i Colego tetrabromphenolptalein-Na musi być wypróbowana co do swej wartości rozpoznawczej. Zdjęcia serjowe dwunastnicy wprowadzone przez Akerlunda umożliwiły obserwację dokładną zmian dwunastnicy, a ostatnio zastosowane przez Forsselsa podawanie małej ilości ciała kontrastowego, pozwala na studjum zachowania się fałdów błony śluzowej, które zbiegając się ku wrzodowi pozwalają na jego rozpoznanie po gwiazdkowatych cieniach na płycie tam, gdzie brak w obrazie niszy.

Badania autora na 35 przypadkach z zapaleniem przerostowem żołądka stwierdzanem przez gastroskopję wykazywały, przy odpowiedniem rozdzieleniu płynu kontrastowego, zmiany w obrazie roentgenologicznym odpowiadające groszkowaniu. Liczne zdjęcia dołączone.

Mönkemöller: *Psychopaci wieku dziecięcego i młodzieńczego.* Klęski gospodarcze i duchowe lat wojennych i powojennych doprowadziły do znacznego wzmożenia psychopatji. Zwalczać należy ją jeszcze w zaczątkach u dzieci i młodzieży. Rozpoznanie jej i zwalczanie należy do lekarzy domowych, którzy winni znać zasadnicze elementa psychopatologji. Autor omawia formy psychopatji, kreśli trudności napotykane w ich zwalczaniu i sposoby ich leczenia.

Klein: *Leczenie insuliną choroby Basedowa.* Dobre wyniki leczenia choroby Basedowa insuliną, obserwowano w części przypadków. Inne są natomiast oporne na działanie insuliny: chodzi tu o przypadki zaburzenia przemiany węglowodanowej thyreogenne lub spowodowane pierwotnem schorzeniem przysadki.

G. Herrmann: *Przyczynek kazuistyczny do uszkodzeń nerwów przez piorun.* Opis przypadku ciekawego ze względu na szybkie oddzielenie się sekwestru kostnego oraz na bole o pochodzeniu centralnym zależne od uszkodzenia thalamus.

S. Jellinek: *Lekarskie prądy o wysokim napięciu przyczyną wybuchu i pożaru.* Przy użyciu operacyjnej diatermji niewystarcza zwyczajnie znieczulenie miejscowe, to też uciekano się do znieczulenia ogólnego, krótkotrwałego. W niem kryją się niebezpieczeństwa o ile zastosowano eter lub chlorytel. Podobne przypadki wydarzyły się w Londynie i we Wiedniu.

L. Balog: *Rzeżączka u mężczyzny.* Uwagi krytyczne.

B. Cohn: *Kiła żołądkowa.* Rozpoznanie kiły żołądkowej jest trudne, a nawet wedle Fourniera niemożliwe. Co do częstości jej zdania są podzielone. Zestawione na podstawie piśmiennictwa objawy wykazują znaczną różnorodność, a nierzadko sprzeczności. Najłatwiej postawić rozpoznanie ex juvantibus, gdy ustąpią objawy po leczeniu swoistem. W obrazie roentgenologicznym często postać raka żołądka. Przypadek opisany dotyczy mężczyzny 38 letniego, przed 15 laty zakażenie kiłą, liczne leczenia. Po 13 latach wystąpiły objawy żołądkowe pod postacią kurczów nieregularnie występujących i trwających godzinami. Roentgen dawał obraz rozległej sprawy nowotworowej w części odźwiernikowej, a po 4 tygodniach, jakoteż i 8 tygodniach ów domniemany rak znikł. To nasunęło myśl, że w przypadku tym miano do czynienia z kiłą, tembardziej, że odczyn hemolityczny w okresie pojawienia się bolów był dodatni, a ustąpił równocześnie ze zmniejszeniem dolegliwości żołądkowej po wstrzyknięciach bismogenolu. Dołączone zdjęcia najdowodniej przekonywujące.

H. Kritzler: *Pogotowie praktyka do infuzji.* Do wlewań podskórnych i dożylnych używać winno się „Normosalu". Kilka wskazówek praktycznych dla wykonywujących infuzje dotyczących aparatury.

C. Papp: *O nowej metodzie rozpoznawczej zaburzeń czynności trzustki.* Metoda Carpiego oznaczania ilościowego, proteolitycznych zaczynów jest bardzo praktyczna. Jako podłoże służy żelatyna 3%. Oznaczenia przeprowadzane mogą być w sokach żołądkowym, dwunasticowym i kale. Dla określenia zdolności trawiennej trypsyny przyjmuje się za jednostkę trypsynową tę ilość zaczynu zawartą w 1 cm³ użytej treści (kału, soku), która jest zdolną strawić 2 cm³ 3% żelatyny w ciągu 2½ godziny, przy 38°. Próba ta nie może być zastosowaną przy obecności większych ilości ropy lub krwi w badanej treści.

Grabowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie. Nr. 4 z r. 1926. Prof. Browicz: W sprawie pojęcia i nazwy *„pepsis"*. — S. Okoniewski: Przyczynek do statystyki łuszczycy oraz do wyników leczenia metodą Hübnera. — M. Głowiński: Guzy jajnikowe i ich stosunek do ciąży, porodu i połogu. — Z. Dziembowski: O rozwoju medycyny w Polsce z uwzględnieniem stosunków na Pomorzu.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, Nr. 2 z r. 1926. N. Zandowa: Wodogłowie surowicze oraz rzekome zapalenie opon. — W. Czarnocki: Układ siateczkowo-śródbłonkowy a wytwarzanie barwików żółciowych w świetle oceny krytycznej danych doświadczalnych. — P. Baumritter: O pokrzywce napadowej. — J. Puszet. Wielkouściec jelitowy stwierdzony w dwunastnicy w przypadku skazy krwotocznej i niedokrwistości złośliwej. — J. Korzonówna: Przyczynek do powtórnego zakażenia durem plamistym. — H. Landau i A. Adamowicz: Niezwykły przypadek zanieczyszczenia moczu. — J. Rosenblatt i St. Kass: Roentgenografja, jako środek diagnostyczny w ginekologji. — L. Jelenkiewicz: O regulacji kwasowo-zasadowej ustroju w stanach normalnych i chorobowych.

Przyroda i technika, Nr. 3 r. 1926. J. Muszyński: Organizacja i środki organoterapeutyczne Cz. I. — R. Epler: Symbioza bakterji z człowiekiem. — L. Sadzyński: Herbata, jej skład chemiczny i działanie.

Nowiny lekarskie, Nr. 5, z 1 marca 1926: Knud Secher: Leczenie gruźlicy sanokryzyną i surowicą (Möllgard). — H. Czapnicki: O leczeniu zapalenia płuc pochodnemi chininy. — S. Sterling: W odpowiedzi profesorowi Browiczowi. — Z. Wasowicz: Jakim być powinien i do czego ma służyć krynicki zakład hydropatyczny.

Wiadomości farmaceutyczne, nr. 11 z 14 marca 1926: Pharmacopea sverica ed. X. Referaty z czasopism polskich i obcych. — Wiadomości handlowe i t. p.

Lekarz Kasy chorych, nr. 6 z 8 marca 1926. Od redakcji. — Ambulatorja w Kasach chorych. — Projekt prawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby w senacie francuskim. — Kilka danych statystycznych o strejkach robotników. — Umowa z Kasą chorych m. Warszawy.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 grudnia 1925 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 56 czł.

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia kol. T. Pawlas przedstawia *wyniki swych doświadczeń przeprowadzonych w Zakładzie Biologji i Embrjologji U. J. nad sztucznem czernieniem albinotycznych aksolobli.* Prelegent, przedyskutowawszy

literaturę, zajmującą się sprawą tworzenia się pigmentu w skórze zwierząt dochodzi do wniosku, że zagadnienie mechanizmu wywołania pociemnienia zwierząt nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Nierozstrzygnięte jest zagadnienie, czy pociemnienie zwierzęcia dochodzi do skutku przez wybitny rozkurcz istniejących już uprzednio chromatoforów, czy też równocześnie występuje nowotworzenie się ziarenek pigmentu i komórek barwikowych. W celu wyjaśnienia tej sprawy prelegent podjął próby wywołania sztucznego pociemnienia zwierząt, albinotycznych, chcąc z jednej strony wyświetlić, czy zwierzęta albinotyczne mogą wogóle tworzyć pigment — a z drugiej strony udowodnić, w razie dodatniego wyniku doświadczeń, że pociemnienie jest wywołane przez nowotworzenie się ziarenek pigmentu i komórek barwikowych. Jako podnietę stosował prelegent wstrzykiwania podskórne miazgi skóry czarnych aksolotli (zawierającej znaczne ilości ziarenek pigmentu rozmieszczonych wewnątrz i pozakomórkowo), powtarzane przez przeciąg 7-miu tygodni. co 4—5 dni, w ilości 1,5—1,0 cm³, i równoczesne działanie czarnego otoczenia (wpływ odbitych od czarnej powierzchni promieni pozafjołkowych).

Wyniki były następujące:

a) U aksolotli białych umieszczonych w naczyniu szklanem nie spostrzegał prelegent żadnych stałych zmian w ubarwieniu.

b) U aksolotli umieszczonych w naczyniu blaszanem, lakierowanem wewnątrz na czarno, zmiany w ubarwieniu poczęły następować już po 8—10 dniach i z biegiem doświadczenia przybierały coraz więcej na nasileniu i rozmiarach. Aksolotle te stawały się coraz bardziej ciemne wskutek występowania czarnej nieregularnej siateczki i plamek rozmaitej wielkości, dochodzących rozmiarów dużej główki od szpilki, na łbie, grzbiecie, pletwie grzbietowej, na nasadach skrzel, górnych powierzchniach odnóży, a częściowo i po bokach tułowia. Zmiany te stawały się wyraźniejsze również jeszcze w pierwszych 10-u dniach po zaprzestaniu wstrzykiwań, poczem prelegent nie spostrzegł już żadnych zmian ani w kierunku dalszego pociemniania, ani wyjaśniania zwierząt.

c) U aksolotli kontrolnych umieszczonych w tem samem czarnem naczyniu występowały po 8—10 dniach od chwili umieszczenia ich w czarnem otoczeniu zmiany w ubarwieniu, polegające na bardzo nieznacznem pociemnieniu łba i grzbietu zwierzat. Pociemnienie to jednakże było bez porównania słabsze niż u aksalotli, którym wstrzykiwano miazgę.

d) Aksalotle umieszczone w naczyniu czarnem z dostępem światła od strony brzusznej wykazywały po wstrzykiwaniach miazgi ściemnienie równie wybitne jak aksolotle ad b) i to w tych samych miejscach, tj. po stronie grzbietowej. Po zaprzestaniu wstrzykiwań i po umieszczeniu ich w warunkach świetlnych gorszych, niż aksolotli ad b), zaciemnienie to poczęło ustępować zwolna.

Wyniki doświadczeń pozwalają stwierdzić:

1) że aksolotle albinotyczne można pobudzić sztucznie do wytwarzania w skórze pigmentu przez dostarczenie im materjału potrzebnego do tworzenia pigmentu (w tym wypadku miazgi skóry czarnych aksolotli) i przez umieszczenie ich równocześnie w warunkach sprzyjających tworzeniu się pigmentu (wpływ promieni pozafjołkowych odbitych od czarnego otoczenia);

2) że promienie pozafjołkowe wywierają wybitny wpływ na tworzenie się czarnego pigmentu, nie odgrywają natomiast roli w rozmieszczeniu tegoż pigmentu;

3) że pociemnienie aksolotli dochodzi do skutku przez nowotworzenie się czarnego barwika w skórze.

W ożywionej *dyskusji* zabierali głos kol. prof. Godlewski, Dyboski, Bujwid, doc. Seńkowski i prelegent, który odpowiadając kol. Bujwidowi, zapytującemu czy były robione przez prelegenta doświadczenia nad działaniem krótkofalistych promieni pozafjołkowych na zwierzęta albinotyczne zaznacza, że sam podobnych doświadczeń nie wykonywał, że jednak o ile mu się zdaje kol. Solecka przy sposobności innych doświadczeń naświetlała lampą kwarcową białe aksolotle (okazało się jednakowoż, że kol. Solecka naświetlała nie askotle lecz dżdżownice Eisenie foctida i wydzielany przez nie śluz wstrzykiwała następowo aksalotlom). Natomiast w pracowni Pribrama we Wiedniu p. Brecherówna wykazała doświadczalnie na poczwarkach bielinka kapustnika (*Pieris brassicae)* a również teoretycznie na mieszaninach roztworów tyrozyny i tyrozynazy, poddanych działaniu różnokolorowych promieni wybitną nieraz różnicę działania różnokolorowego światła na proces tworzenia się pigmentu — zależną od tego, czy zastosowano promienie barwne, czy też wystawiono poczwarki i probówki z tyrozyną na działanie promieni światła dziennego odbitego od barwnych ścian naczynia. Najsilniej działało w ich doświadczeniach światło odbite od czarnych ścian i czarnego dna naczynia (promienie pozafjołkowe).

Kol. A. Schwarzbart wygłasza odczyt p. t. *„Rozwój metod bezpośredniego badania krtani z demonstracją na chorym i pokazem szeregu instrumentów"*. W połowie XIX w. staje się Manuel Garcia wynalazcą lusterka krtaniowego. Odtąd, datuje się tryumfalny pochód laryngologji pośredniej. Zbudzone raz zainteresowanie staje się punktem wyjścia metod dla bezpośredniego badania i leczenia przełyku, krtani i dróg oddechowych. Najprzód rozwija się oesophagoskopja, która przechodzi 3 fazy. W pierwszej i drugiej pracują nad nią głównie chirurgowie, w trzeciej przechodzi ona coraz bardziej w ręce laryngologów. W pierwszej wstępnej (1860—81) typ oesophagoskopji nie jest ustalony, forma gnąca się dominuje (Semeleder, Stoerk, Waldenburg, Bevan, Mackensie). W drugiej (1881—91) Mikulicz ugruntowuje nowoczesny typ rury sztywnej. Rozwijają go Hacker, Rosenheim, Schrötter, W r. 891 rozpoczyna się rozwój bronchoskopji. Główne zasługi mają Kirstein, Pieniążek, Killian, Kahler, Eicker, Brünings, Albrecht, we Francji Guiser, w krajach anglosaskich Lerche, Jackson. Ulepszenia i postępy tych mężów prowadzą do ostatecznej formy dzisiejszej bronchoskopji i osesophagoskopji. W r. 910 daje Killiam początek laryngoskopji bezpośredniej, której główna cechą jest automatyczne umocowanie aparatu przy zwieszonej głowie badanego. Obie ręce lekarza względnie operatora stają się wolne *(Schwebenverfahren)*. Metodę tę modyfikuje Lynch a znacznie upraszczają i opierają ją na innej podstawie Holscher, Seiffert, zastosowując ją także do pozycji siedzącej. Najlepszą odmianę podaje Hasslinger w swoim „Direktoskopie", — którą prelegent demonstruje i objaśnia na chorym, polecając ją na podstawie własnego doświadczenia. Następuje objaśnienie mechanizmu metod bezpośrednich w szeregu projekcji świetlnych i krótkie omówienie wskazań klinicznych ostatnio wymienionych metod.

Sekretarz: Dr. *Pawlas*.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 listopada 1925 r.

Przewodniczy kol. Rożkowski.

1. Przewodniczący wygłosił przemówienie z powodu śmierci członka Tow. kol. R. Wołowskiego, lekarza powiatowego.

2. Kol. Koniecpolski omówił 3 przypadki *nietypowo przebiegającej nosacizny*.

W dyskusji przemawiali koledzy: Konar, Stawnicki, Botawia i Rożkowski; wyrażając pewną wątpliwość co do rozpoznania tych przypadków.

3. Kol. Bram wygłosił rzecz: *„roentgenodjagnostyka chorób tętnicy głównej"* (będzie ogłoszona drukiem).

4. Kol. Rożkowski wygłosił pracę: *„Kiła tętnicy głównej* (aortitis syphilitica chr.) *pod względem klinicznym"*. Mówca zaznaczył na wstępie, że przymiot stanowi tło najczęstsze sprawy (70—80% przewlekłych schorzeń tętnicy głównej), omówił odpowiednie zmiany anatomiczne, które mogą być rozlane lub ograniczone, podał szczegółowy opis objawów klinicznych, zależnych od schorzenia aorty, częściowo zaś od współistniejących zmian w tętnicach wieńcowych, w splocie sercowo-tętniczym, w mięśniu sercowym i w nerkach — oraz wyniki badania fizykalnego, zależne od stopnia rozszerzenia światła aorty; w drugiej części swej pracy omówił mówca tętniaki aorty, ich stronę anatomiczną i topograficzną, opisując szczegółowo objawy właściwe tętniakom aorty wstępującej, łuku ze strony wklęsłej i wypukłej, aorty piersiowej i brzusznej. Omówił dalej rozwój sprawy i wpływ tętniaków na otaczające narządy, w końcu — ich zejście i leczenie.

5) Kol. Heyman odczytał referat: „uwagi ogólne o leczeniu kiły serca w klinikach francuskich". Ponieważ kiła stanowi podłoże ¼ części chorób organicznych serca, prelegent zaleca zwalczanie przymiotu w okresach najwcześniejszych zapomocą leczenia swoistego zarówno tam, gdzie jest odczyn Wassermanna dodatni, jak i w przypadkach rozpoznawanych wyłącznie na podstawie objawów klinicznych. W leczeniu klinika francuska wyróżnia tu trzy postacie spraw:

1) *aortitis simplex* bez udziału chorób serca: stosuje się dożylnie novarsenobenzol, równocześnie z podawaniem jodku potasu lub w przerwach zastrzyki sinku rtęci; pożywienie lekkie, unikanie wszelkich wysiłków, po upływie 3 miesięcy — odczyn Wassermanna i postępowanie odpowiednie do wyniku.

2) *aortitis* ze schorzeniem zastawek półksiężycowych i tętnic wieńcowych bez niewydolności serca; leczenie to same, co wyżej, nadto ułożenie chorego do łóżka, dieta mleczno-roślinna, czasami bańki cięte lub nieobfite upusty krwi; do wewnątrz: azotyn sodu, trinitrine, hypotonine; niekiedy w celu zapobieżenia napadom ostrego obrzęku płuc — zastrzyki quinby co 3-ci dzień i onabaine do wewnątrz.

3. *aortitis* w połączniu z niewydolnością mięśnia serca, napadami dusznicy, dychawicy sercowej lub obrzękiem płuc; dieta mleczna i uboga w chlorki, w ograniczonej ilości; wobec wzmożonego ciśnienia tętniczego — upust krwi (500 z następczym zastrzykiem dożylnym ¼ miligr. onabainy), w ciągu następnych 3 dni — co dzień ¼ miligr. onabainy dożylnie. Po usunięciu objawów nie-

wydolności serca zastrzyki quinby 2 razy tygodniowo, zastrzyki lub do wewnątrz onabaina. Do leczenia pomocniczego, zaleconego w ciągu lat następnych najlepiej nadają się: treparsol do wewnątrz w pigułkach, czopki z oleju szarego i jodek potasu oraz zastrzyki quinby i onabaina do wewnątrz po 30—40 kropel dziennie. (Streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali koledzy: Stawnicki, Koniecpolski i Rożkowski. Zdaniem kol. Stawnickiego tam, gdzie są sprawy takie, jak *angina pectoris*, dychawica sercowa na tle kiły, stosowanie leków nasercowych jest bezskuteczne dotąd, póki nie będzie przeprowadzone leczenie swoiste; u ludzi młodych takie sprawy, jak dusznica bolesna i dychawica, są zawsze na tle kiły; zastrzyki dożylne onabainy są niebezpieczne, i stosować je trzeba oględnie, to samo dotyczy morfiny w dusznicy bolesnej o ciśnieniu niskiem. W odpowiedzi prelegent na podstawie obserwacji w klinikach paryskich nie podziela obaw co do działania onabainy w zastosowaniu dożylnem.

Sekretarz *K. Łokczewski.*

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne.

odbyło II. posiedzenie naukowe dnia 9. II. 1926, w sali wykładowej Kliniki położniczej.

Przewodniczył kol. prof. Bylicki. Obecnych 17 członków i 12 gości.

1. Kol. Wiślański przedstawił przypadek *pęknięcia żylaka w pochwie 21 dnia po porodzie.* Pęknięcie nastąpiło po nagłym ruchu i stało się przyczyną dość groźnego krwawienia, które opanowano przez okłucie.

W dyskusji przemawiał: kol. prof. Bocheński, prof. Bylicki, Mączewski.

2. Kol. Wiślański wygłosił odczyt: *„O wartości próby Diensta“.* Badania mówcy w 100 przypadkach wykazały, że próba ta, polegająca na wykazaniu zwiększonej antitrombiny we krwi kobiet ciężarnych, zawiodła w 43,18% przypadków. Wartości diagnostycznej zatem nie posiada.

3. Kol. Mączewski złożył *sprawozdanie z pobytu w klinikach paryskich* (in extenso ukaże się w „Ginekologji Polskiej“).

W dyskusji przemawiał kol. prof. Bocheński, prof. Bylicki.

Dr. A. Garbień, sekretarz.

SPRAWY ZAWODOWE.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie Rady Naczelnej Izby lekarskiej.

Dnia 28 lutego odbyło się w Warszawie posiedzenie nowowybranej Rady Naczelnej Izby lek. Po wysłuchaniu sprawozdania z dokonanych wyborów członków nowej Rady przystąpiono do wyboru Zarządu który następnie ukonstytuował się w sposób następujący: Bączkiewicz, naczelnik, Jerzykowski (Poznań), Papée (Lwów), Śmiechowski (Warszawa). Strzemieński (Kraków) zastępcy naczelnika, Metelski — pisarz. Makowski — skarbnik, nadto do Zarządu weszli Drożdż (Lublin), Krzyczkowski (Warszawa). Do Komisji rewizyjnej weszli Bogucki, Gruszczyński, Robin, Sochacki, Wiszniewski. Następnie wybrano sędziów i ich zastępców do Sądu Nacz. Izby lek. W dalszym ciągu uchwalono budżet Zarządu i Sądu Nacz. Izby i udzielono pełnomocnictw Zarządowi. Dr. Mutermilch wygłosił referat w sprawie ubezpieczeń lekarzy, omawiając krytycznie istniejące zagranicą i u nas instytucje ubezpieczeniowe lekarzy. Ubezpieczenia nie powinny mieć, zdaniem referenta, charakteru filantropijnego, winny uwzględniać wiek ubezpieczonego i odpowiednio do wieku regulować wkładki kasowe: ubezpieczenia powinny być przymusowe. Po dyskusji ożywionej uchwalono powołać osobną Komisję złożoną z przedstawicieli Izb, dla rozpatrzenia sprawy ubezpieczeń i wybrania typów najlepszych i opracowania wzorów ubezpieczeń.

Wniosek Izby lubelskiej o konieczności zwołania Zjazdu międzynarodowego, i to przedewszystkiem dla omówienia tak ważnej sprawy stosunku lekarzy do Kas chorych, uznano za b. słuszny i zwołanie Zjazdu takiego jednomyślnie uchwalono. Mają w nim wziąć udział delegaci Izb i Wydział wykonawczy Izby Naczelnej. Zatwierdzono regulamin Sądu Izby Krakowskiej, przedyskutowano sprawę tytułu specjalisty, podniesioną przez Izbę lwowską, sprawą tą ma zająć się Izba Naczelna po otrzymaniu aktów odnośnych ze Lwowa. Omówiono sprawę taryfy na badania bakterjologiczno-chemiczne i stosunek laboratorjów rządowych do prywatnych. Sprawą tą ma się zająć Izba Naczelna po otrzymaniu informacyj szczegółowych. Ogólnie poruszono sprawę komulacji posad lekarskich ze strony lekarzy cywilnych i wojskowych.

LISTY DO REDAKCJI.

Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę Szanownego Pana Redaktora o zamieszczenie w jednym z najbliższych Nr. P. G. Lek. uzupełnienia będącego w związku z pracą moją ogłoszoną w 8 i 9 Nr. z bież. roku (Przyczynek do leczenia wstrzykiwaniami mleka i t. d.). Brzmi ono następująco: „Badania chorych stawów wykonane zostały w pracowni roentgenologicznej Szp. Dz. Jezus, znajdującej się pod kierownictwem Dr. F. Drozdowicza, któremu na tem miejscu wyrażam serdeczne podziękowanie“.

Z poważaniem
Dr. F. Obarski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo stomatologiczne zostało świeżo zawiązane w Warszawie. Założycielami towarzystwa są członkowie b. Sekcji stomatologicznej Tow. lek. Warszaw. Drowie med. Leopold Bronmajer, Al. Gruszczyński i Franciszek Meyer. Członkiem czynnym towarzystwa może być każdy stomatolog, lub dentysta, polak, posiadający prawo praktyki dentystycznej w Państwie Polskiem, o ile wykaże się nie pozbawioną pewnego waloru pracą naukową oraz zostanie przyjęty przez komisję kwalifikacyjną i zatwierdzony przez Zarząd.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę 17. b. m. o 8,15 wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym Prof. Szumowski: „Racjonalizm i empiryzm w medycynie i w jej historji“. Dr. Schwarz: „O działaniu podskórnych zastrzykiwań roztworu radu“.

Czytelnia Twa. Lek. Krak. została uruchomiona z końcem ubiegłego roku. W czytelni znajduje się obecnie 26 czasopism: polskie, niemieckie, francuskie i angielskie, a Zarząd ma nadzieję ilość tę powiększyć w roku obecnym. Z powodu braku odpowiedniego pomieszczenia znajduje się Czytelnia obecnie w lokalu Biblioteki Twa. (Radziwiłłowka 4), i jest otwarta tylko trzy razy w tygodniu: w poniedziałki, środy, soboty; członkowie mogą jednak wypożyczać pojedyncze zeszyty — z wyjątkiem ostatniego i przedostatniego, na przeciąg tygodnia za złożeniem kaucji w wysokości kosztów zeszytu, koledzy z prowincji za zwrotem kosztów przesyłki.

Zarząd czytelni stara się uzupełnić istniejące braki i zwraca się z gorącym apelem do członków Twa. Lek., by zechcieli popierać tę instytucję przez ofiarne datki, w pierwszym rzędzie prosi o czasopisma ogólne z lat 1916—1924 (z wyjątkiem następujących: Medicin Klinik, Przegląd Lekarski, Gazeta lekarska), następnie o czasopisma specjalistyczne i czasopisma bieżące.

Zarząd Bibljoteki i Czytelni Tow. Lek. składa na tej drodze serdeczne podziękowania za książki, broszury i czasopisma ofiarowane Tow. Lek. przez P.P.: dr. Cerchę, prof. Ciechanowskiego, dr. Grzybowskiego, prof. Majewskiego, dr. Markową, Spirę sen., Surzyckiego, Weinsberga, Wielskiego z Krakowa, i P. Dr. Nodzyńskiego z Bochni. *Zarząd czytelni.*

Ze świata.

Podróż naukowa lekarzy po uzdrowiskach włoskich. Firma „Enit“ (ente nazionale par le industrie turistiche-Roma, via Marghera 6.) organizuje trzecią podróż okrężną dla lekarzy po uzdrowiskach włoskich w czasie od 12 do 28 września r. 1926. Zwiedzone mają być przy tej sposobności następujące miejscowości: Abbazia, Portorose, Grado, Lido, Wenecja, Abano, Battaglia, Levico, Roncegno, Bolzano-Gries, Meran, Arco, Riva, Torbolo, Gardono, Sirmiono i t. p. Podróż ma się odbyć w wagonach I-szej klasy. Koszt podróży i utrzymanie obliczony na 1600 lirów. Zgłaszać się można najpóźniej do 30 czerwca, pod adresem wyżej podanym.

Zjazd Towarzystwa miedzynarodowego chirurgów odbędzie się w Rzymie w czasie od 7 do 10 kwietnia b. r.

Przepełnienie stanu lekarskiego daje się wszędzie we znaki. Kuba rozszerzyła studja lekarskie na 7 lat celem odstręczenia adeptów. Wynik był zupełnie ujemny, ilość uczniów nie spadła. Republika Ekwator postąpiła dużo radykalniej. Oto wobec prawdziwego zalewu zbędnych młodych lekarzy zamknięto tam wszystkie cztery wydziały lekarskie. Zarządzenie to ma być utrzymane przez kilka lat z rzędu. Wszędzie też wypływają skargi, że w miarę wzrostu ilości słuchaczy jakość ich wykształcenia wyraźnie się pogarsza.